

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades
Escuela Profesional de Psicología



**FUNCIONABILIDAD FAMILIAR Y DEPRESION EN ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA HUNTER**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Ramírez Peñalva, Yesica Paola

Villalobos Rivas, Wendi Alicia

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Psicología

Asesora:

Ps. Mejía Zenteno, Analy Sandra

Arequipa- Perú

2020

FACULTAD CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

INFORME DICTAMEN BORRADOR TESIS

VISTO

EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

"FUNCIONABILIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA HUNTER"

SE RESUELVE:

PRESENTADO POR las BACHILLERES

YESICA PAOLA RAMIREZ PEÑALVA
WENDI ALICIA VILLALOBOS RIVAS

Del Dictamen:

Pase a sustentación

Observaciones:

Arequipa, 16 de *Diciembre* del 2019


PS. SANDRA MEJÍA ZENTENO


MGTER. ROGER PUMA HUACAC

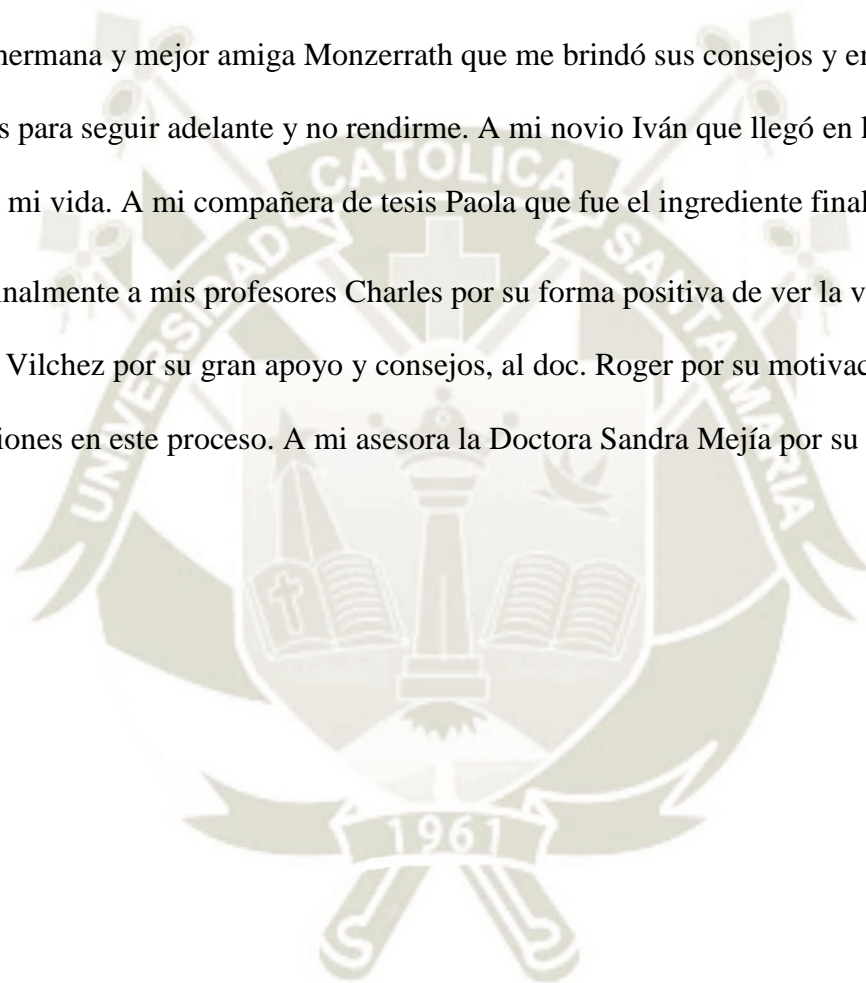
DEDICATORIAS

Dedico esta investigación a mi madre Edy Alicia por su gran amor y motivación en todo el proceso y término de mi carrera, ella fue una de mis razones para salir adelante a pesar de los obstáculos y un modelo a seguir. A mis abuelitos Alicia y Federico que me incentivaron a tocar este tema y me marcaron de forma positiva en mi vida.

A mi hermana y mejor amiga Monzerrath que me brindó sus consejos y empujones oportunos para seguir adelante y no rendirme. A mi novio Iván que llegó en los momentos claves de mi vida. A mi compañera de tesis Paola que fue el ingrediente final que necesitaba.

Y finalmente a mis profesores Charles por su forma positiva de ver la vida, a mí querida doc. Flor Vilchez por su gran apoyo y consejos, al doc. Roger por su motivación y observaciones en este proceso. A mi asesora la Doctora Sandra Mejía por su guía.

Wendi



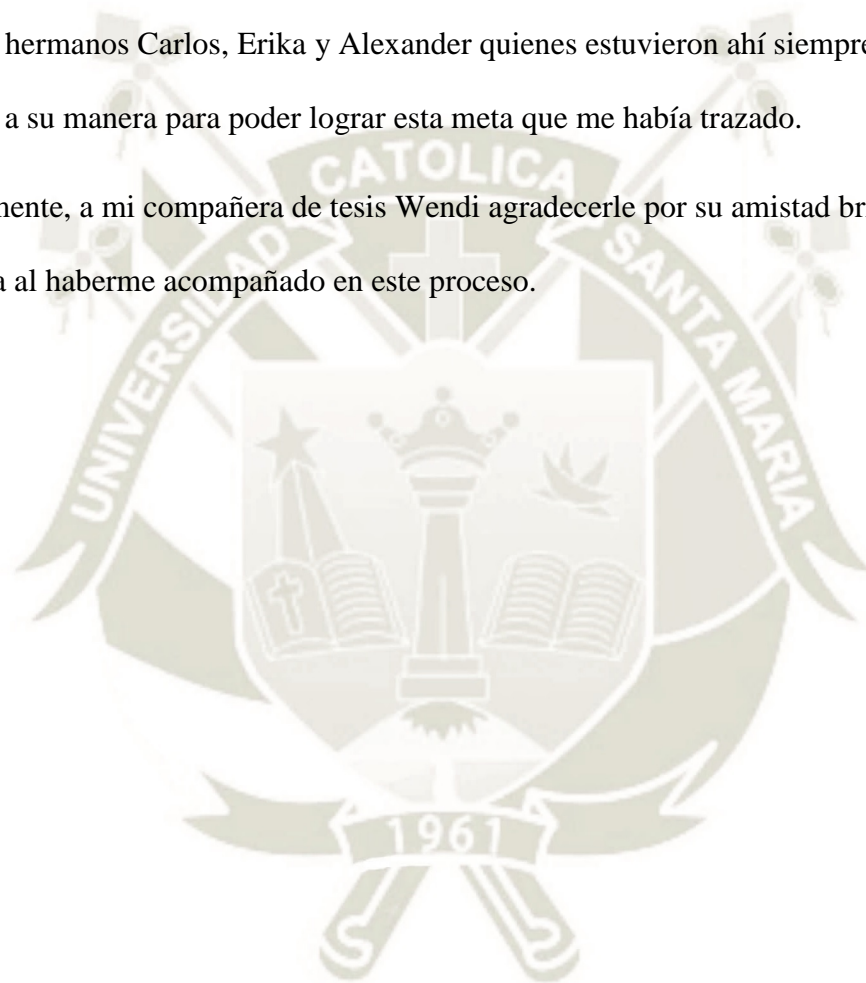
Primero ante todo darle gracias a Dios, por las oportunidades y experiencias para concluir esta primera etapa de estudios profesionales, cuidar de mi familia y guiar mis metas.

A mis padres Basilio y Roxana, por ser el motivo de que yo siguiera adelante con la carrera aun cuando a veces el camino no fue fácil, sus ánimos y consejos fueron los pilares de este tema de tesis para mí.

A mis hermanos Carlos, Erika y Alexander quienes estuvieron ahí siempre apoyándome cada uno a su manera para poder lograr esta meta que me había trazado.

Finalmente, a mi compañera de tesis Wendi agradecerle por su amistad brindada y rápida confianza al haberme acompañado en este proceso.

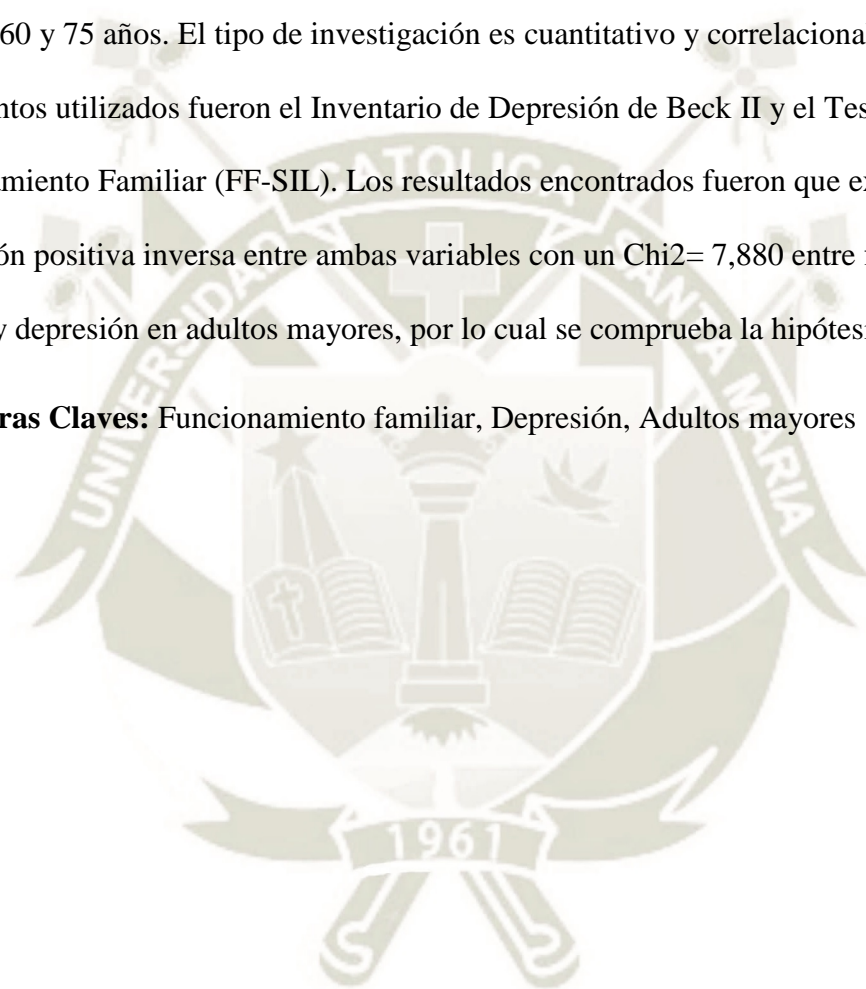
Paola



Resumen

La presente investigación titulada: Funcionabilidad Familiar y Depresión en adultos mayores del Centro de Atención Primaria Hunter, se realizó con el objetivo de determinar si existe relación entre funcionamiento familiar y depresión en los adultos mayores. La muestra estuvo compuesta por 80 adultos mayores entre hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 60 y 75 años. El tipo de investigación es cuantitativo y correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck II y el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Los resultados encontrados fueron que existe una correlación positiva inversa entre ambas variables con un $\chi^2 = 7,880$ entre funcionamiento familiar y depresión en adultos mayores, por lo cual se comprueba la hipótesis planteada.

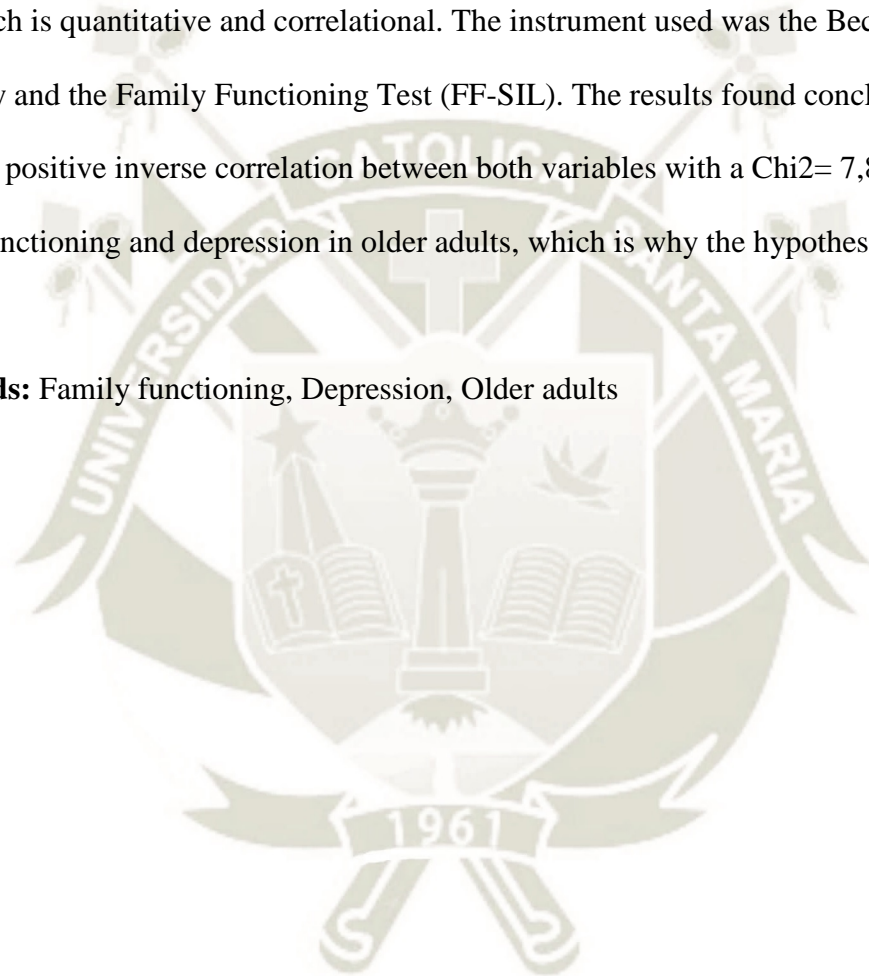
Palabras Claves: Funcionamiento familiar, Depresión, Adultos mayores



Abstract

The present research entitled: Family Functionality and Depression in older adults of the Hunter Primary Care Center, was carried out with the objective of determining whether there is a relationship between family functioning and depression in the elderly. The sample consisted of 80 older adults among men and women between the ages of 60 and 75. The type of research is quantitative and correlational. The instrument used was the Beck Depression Inventory and the Family Functioning Test (FF-SIL). The results found concluded were that there is a positive inverse correlation between both variables with a $\chi^2 = 7,880$ between family functioning and depression in older adults, which is why the hypothesis raised is verified.

Keywords: Family functioning, Depression, Older adults



Introducción

El adulto mayor o también llamado persona de la tercera edad se encuentra en la última etapa del ser humano, donde su cuerpo comienza a sufrir cambios físicos y con predisposición al deterioro, su entorno social cambia drásticamente ya que muchos al jubilarse pasan de estar laborando en su profesión para la que se prepararon tantos años a estar más en el hogar con la familia o solos.

En países con mayor desarrollado o en vías de desarrollo, se considera a los adultos mayores como personas sabias, tratadas con respeto, su consejo se valora por su conocimiento, son aceptados laboralmente en cargos que no requieran esfuerzos físicos o estresantes, pero si por su experiencia. Son individuos que necesitan cuidados especiales en su alimentación y salud, por lo que el Estado vela por ellos, brindándoles un estilo de vida sana y tranquila.

Pero en una sociedad subdesarrollada como la peruana (y muchos países similares) los adultos mayores no son vistos así, tienen miedo a envejecer, ya que muy pocas familias consideran al adulto mayor como un miembro sabio que se pueda acudir a sus consejos y conocimientos para afrontar los problemas familiares, de trabajo o de la vida diaria; tienen miedo a que la sociedad ya no los vea como un recurso productivo sino como una carga y que sean excluidos en todo ámbito social, económico y familiar .

Las investigaciones y estudios muestran el transcendental papel que juega cada uno de los integrantes de la familia en la Calidad de Vida de la persona que atraviesa la adultez mayor y para esto el funcionamiento familiar es el cimiento para que estos miembros mantengan la estabilidad mental, buenas relaciones con sus congéneres, expresar emociones sin recelo, que se les brinde apoyo en sus necesidades básicas como alimentación y acompañamiento en sus enfermedades típicas de la edad, lo fundamental es que desarrollen un rol importante en su

familia en base al respeto y tolerancia. Así ellos puedan enfrentar esta nueva etapa de su vida de forma tranquila.

En esta investigación queremos evidenciar la gran importancia que tiene la interacción positiva de la familia con la etapa de la adultez mayor, que cuando se llega a ésta el percibirse querido, valorado e integrado es muy importante para esta persona y viva feliz. Pero si el adulto mayor no percibe esto en su familia, él comenzará a desarrollar cuadros depresivos cada vez mayores, y sumándole las enfermedades propias de esta etapa, los cuadros de melancolía comenzarán a darle un sufrimiento emocional progresivo.

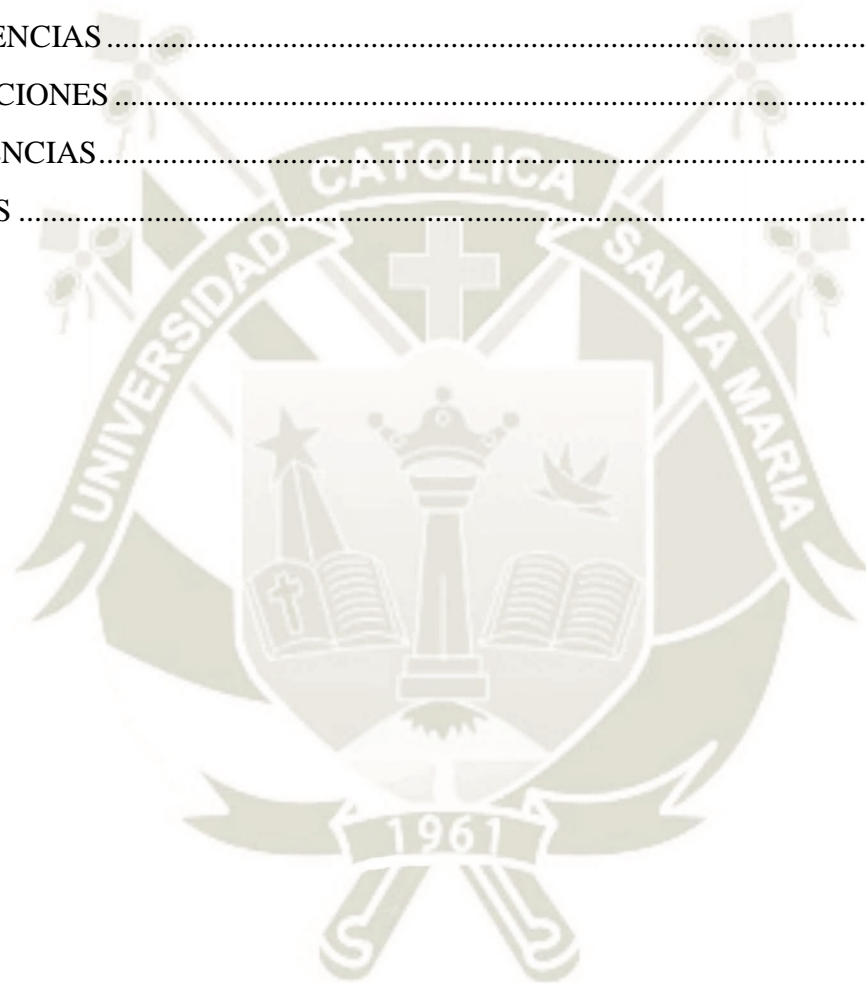
Uno de los objetivos de la investigación es promover un cambio positivo en la cultura familiar con respecto a la importancia del adulto mayor. Por lo que se debe trabajar no solo con el adulto mayor sino incluir a todo el núcleo familiar.

Sugerimos que no se limiten solo a lo teórico, sino que lo óptimo para un verdadero progreso es brindar intervención a los adultos mayores que lo requieran, se recomienda a nuestros futuros colegas hagan estudios similares para dejar evidencias que la familia nuclear es fundamental en cada etapa del ciclo vital del ser humano.

Índice

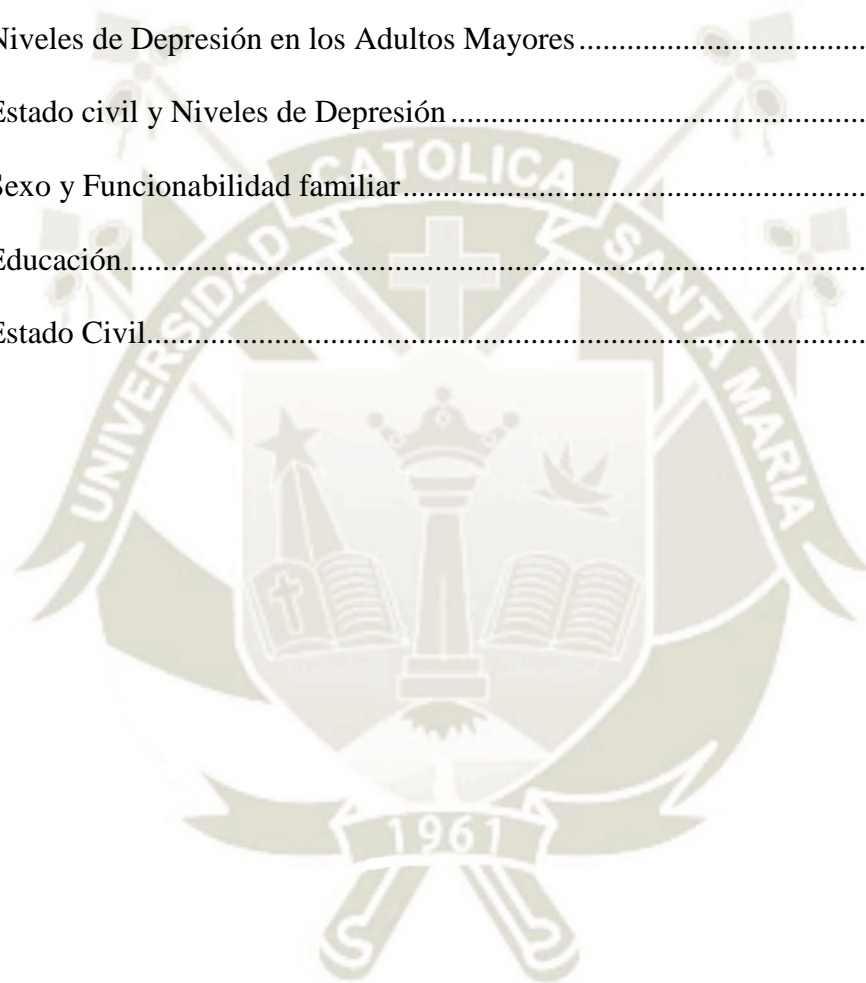
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Introducción.....	vii
Capítulo 1 Marco Teórico.....	1
Problema.....	2
Variables.....	2
Variable 1: Funcionalidad familiar.....	2
Variable 2: Depresión.....	2
Interrogantes.....	2
Objetivos.....	3
Objetivo General.....	3
Objetivos específicos.....	3
Antecedentes teóricos - Investigativos.....	4
Familia.....	4
Tipos de familias:.....	4
Funciones de la familia.....	9
Funcionabilidad Familiar.....	11
Familias disfuncionales.....	18
Funcionabilidad Familiar y Adulto Mayor.....	20
Depresión.....	23
Teoría Cognitiva de la Depresión.....	25
Adulto Mayor y la Depresión.....	28
Adulto mayor.....	28
Depresión en los adultos mayores.....	34
Hipótesis.....	36
Capítulo II: Diseño Metodológico.....	37
Tipo y Diseño de Investigación.....	38
Técnicas, instrumentos, aparatos u otros.....	38
Instrumentos.....	38
Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL).....	38
Inventario de depresión de Beck II.....	40
Población y Muestra.....	41
Población.....	41
Muestra.....	41

Criterios de inclusión.....	42
Criterios de exclusión.....	42
Estrategia de recolección de datos	42
Criterio de procesamiento de información.....	43
Capítulo III Resultados	44
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	58
SUGERENCIAS.....	59
LIMITACIONES.....	60
REFERENCIAS.....	61
ANEXOS	69



INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Comprobación de hipótesis.....	45
Tabla 2 Funcionabilidad Familiar y Depresión	45
Tabla 3 Funcionabilidad Familiar	46
Tabla 4 Estado Civil y Funcionabilidad Familiar	47
Tabla 5 Niveles de Depresión en los Adultos Mayores	48
Tabla 6 Estado civil y Niveles de Depresión	49
Tabla 7 Sexo y Funcionabilidad familiar.....	50
Tabla 8 Educación.....	51
Tabla 9 Estado Civil.....	52





Capítulo 1

Marco Teórico

Problema

¿Cuál es la relación entre funcionabilidad familiar y los niveles de depresión de Adultos Mayores del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa?

Variables

Variable 1: Funcionalidad familiar

El funcionamiento familiar ha sido definido como aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta. Tomando en cuenta si la familia es funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional (McCubbin y Thompson, 1987).

Variable 2: Depresión

La depresión se origina porque la persona visualiza el mundo de una manera negativa y poco realista. La gente que se deprime posee cogniciones negativas en tres áreas, que es lo que se denomina triada cognitiva (el sí mismo, el mundo circundante y el futuro). Considerando si el individuo presenta depresión mínima, leve, moderada y severa (Beck, Aaron 1967).

Interrogantes

- ¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar en los adultos mayores del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa?

- ¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar en los adultos mayores según estado civil del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en los adultos mayores del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en los adultos mayores según su estado civil del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa?

Objetivos

Objetivo General

Identificar la relación entre funcionabilidad familiar y depresión en los adultos mayores del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa.

Objetivos específicos

- Reconocer los niveles de funcionalidad familiar en los adultos mayores del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa.
- Relacionar los niveles de funcionalidad familiar en los adultos mayores en función estado civil del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa.
- Establecer los niveles de depresión en los adultos mayores del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa.

- Indicar los niveles de depresión en los adultos mayores en relación al Estado Civil del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa.

Antecedentes teóricos - Investigativos

Familia

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) “Es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”. El concepto de familia ha ido teniendo cambios al pasar de los años, esto motivado por los avances que se han dado sobre los derechos humanos.

Valdés (2007) nos dice que la familia comprende un sistema de relaciones de parentesco que no solo está conformada por lazos de consanguinidad, sino que están reguladas de maneras muy distintas en diferentes culturas. Tienen como elemento nuclear común, estos vínculos afectivos, que se expresan a través de alianzas que se dan entre cada uno de los miembros como el grado de compromiso, pasión e intimidad.

Valdés (2007) dice que la familia se ha ido modificando a lo largo de los años y como estos cambios en su organización han hecho que el concepto de familia cambie, ya que se han producido cambios en las funciones dentro de la familia y su composición. Es por ello que nos dice que la familia no necesariamente es aquella conformada por lazos de consanguinidad pues no estaría tomando en cuenta las parejas que se casan por segunda vez, así como los hijos que se integran al nuevo matrimonio.

Tipos de familias:

Según Valdés (2007) nos define 4 tipos de familia:

Familias nucleares: Están compuestas por ambos padres y los hijos, es considerada el ideal social y la que mayor predomina en las sociedades occidentales.

Familias monoparentales: Está compuesta por la presencia de un solo progenitor en el hogar. Este tipo de familia es cada vez más frecuente en las sociedades modernas.

Familias reconstituidas: Es cuando se integran dos familias diferentes, que han tenido relaciones previas. Estas familias pasan por 3 estadios.

Familias de uniones libres: Está compuesta por una pareja que vive junta pero que aún no ha llegado al matrimonio.

Valdés (2007) hace referencia que las familias nucleares son las ideales para los hijos mientras que los otros tipos de familiar pueden traer consecuencias negativas en los hijos como problemas de conducta, problemas emocionales, problemas en su rendimiento académico, así como consecuencias para el progenitor en el caso de las familias monoparentales ya que no cuentan con el apoyo social y económico por parte de la pareja. En las familias reconstituidas si bien se presentan problemas estos suelen ser transitorios. Valdés (2007) llega a la conclusión que, aunque cierto tipo de familias tengan ventajas o se consideren las ideales eso no garantiza que vaya a tener consecuencias positivas para el niño.

La familia moderna

Alberdi (1982) afirma que en el modelo tradicional de familia está compuesto por el padre, madre e hijos; donde el padre se encarga de proveer económicamente a la familia, es el que impone autoridad en el hogar y toma las decisiones; mientras que la esposa e hijos debían obedecer, por lo tanto, no había un equilibrio de poder entre ambos. La mujer se desempeñaba en las funciones

domésticas, así como el cuidado de los hijos. Cuando hablamos de un modelo de familia moderna las funciones han cambiado, ahora los roles pueden ser intercambiables y flexibles, en los que se puede alternar entre los padres e hijos. Las responsabilidades y la autoridad pueden estar a cargo de ambos padres, así como en la actualidad la mujer puede trabajar y proveer para la familia.

Alberdi (1982) nos dice que las normas o leyes en ese entonces tenían una gran influencia en los comportamientos de cada uno de los miembros de la familia, si bien se estaban dando cambios en las familias estas no eran contempladas por las leyes por lo cual no había una aceptación social de ciertos comportamientos y se consideraba que se los transgredía.

Anteriormente las funciones domesticas estaban a cargo de la mujer, por lo cual no se tenía en cuenta las aspiraciones personales como profesionales que pudiera tener, esta solo se limitaba a la realización de las tareas domésticas, fue gracias que a través de los años que se fueron contemplando los derechos de las mujeres en las leyes.

Cambios en la composición, en el pasado se hablaba de una familia numerosa, hoy en día se habla de que en las familias modernas generalmente se tiene entre uno a dos hijos, gracias a los métodos anticonceptivos, la pareja puede decidir cuándo es el momento indicado de tenerlos o la libertad de no querer ser padres. Anteriormente estaba prohibido convivir antes del matrimonio, hoy en día las parejas piensan en convivir como una forma de conocerse y ver si son compatibles, lo cual puede que lleve más adelante a un matrimonio como a la disolución de la relación, es por ello que el índice de uniones libres se va incrementando. Todos estos cambios y otros más han sido implementados al pasar de los años.

Otros de los cambios son derivados del uso de las nuevas tecnologías, que está contribuyendo a que se presente una desunión. Si bien todos estos avances nos posibilitan a estar comunicados con personas que están al otro continente, de manera más rápida y fluida, no precisamente nos ayuda a que exista una mayor unidad familiar, porque vemos hoy en día que en lugar de que la familia mantenga un dialogo “cara a cara”, se observa que muchos de ellos, principalmente los jóvenes prefieren estar con el celular que compartir con sus familiares.

Como anteriormente se ha señalado la familia ejerce una gran influencia entre sus miembros, ejerciendo consecuencias positivas o negativas en ellos, que pueden repercutir en su estado emocional por lo cual es importante abarcar más el tema de familia.

El instituto de política familiar (IPF) expresa en su informe Evolución de la familia en Europa (2006) que la familia va representar una especie de soporte ante los efectos de problemas que se presenten en la unidad familiar como la enfermedad de un miembro, presencia de consumo de sustancias, la vivienda, entre otros más. La familia por ello es considerada una unidad de solidaridad y de amor entre todos los miembros que la componen.

En su informe sobre evolución de la familia nos habla sobre los cambios que se han ido dando, uno de ellos es la natalidad que en los últimos años ha ido disminuyendo, ya que el promedio de hijos para una mujer es de uno a dos, además se habla de una maternidad tardía después de los treinta años, y una de las variaciones es el aumento de abortos en mujeres. Otros de los sucesos que se ha dado en los últimos tiempos según el informe son los matrimonios, las personas prefieren convivir antes de tomar la decisión de casarse por ello también los

matrimonios se dan en edades más adultas. Otro evento es el aumento de la tasa de divorcios en cada año en comparación de los años anteriores.

En los años 1970 el prototipo familiar evoluciono, en el pasado, las familias monoparentales eran a menudo como consecuencia de que uno de los padres hubiera fallecido, actualmente, el incremento en número de divorcios hace que existan familias con un solo progenitor en el hogar, así como madres solteras con hijos.

En 1991 uno de cada cuatro hijos vivía solo con uno de los padres, por lo general, la madre. Sin embargo, hoy se habla de familias reconstituidas en donde se convierten en familias con una figura materna y paterna a través de la unión de una nueva pareja, que previamente tuvo una relación o hijos.

Las familias de padres casados en segundas nupcias, es decir, que uno de los padres se casó nuevamente. Este tipo de familia puede estar formada por un padre con hijos y una madre sin hijos, ambos padres tienen hijos de su anterior compromiso, pero viven en otro lugar, o dos familias monoparentales se unen. En estos tipos de familias reconstituidas suelen presentarse problemas de relación entre los padres no biológicos y los hijos. Ya que se observa un cierto temor en que los hijos no aceptan al nuevo miembro que se está integrando a la familia.

A partir de los años 1960 se han producido diversos cambios en la unidad familiar. Un mayor número de parejas viven juntas antes de, o sin, contraer matrimonio. De forma similar, algunas parejas de personas mayores, a menudo viudos o viudas, encuentran que es más práctico desde el punto de vista económico cohabitar sin contraer matrimonio. Las parejas de homosexuales también forman familias homoparentales, en ocasiones mediante la adopción.

Estas unidades familiares aparecieron en Occidente en las décadas de 1960 y 1970. En los años 1990 se comenzaron a promulgar leyes en diferentes países, la mayoría europeos, que ofrecen protección a estas familias.

Muchos cambios se han dado: como una mayor participación de la mujer, la conformación de familias entre dos personas del mismo sexo, han sido en parte gracias a las reformas en las leyes.

Funciones de la familia

Según Ackerman (1966) refiere que la familia debe cumplir las funciones siguientes:

1. Satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros.
2. Satisfacer las necesidades físicas o de subsistencia.
3. Establecer patrones positivos de relaciones interpersonales.
4. Permitir el desarrollo individual de cada uno de sus miembros.
5. Promover el proceso de socialización.
6. Estimular el aprendizaje y la creatividad de sus miembros.
7. Promover un sistema de valores e ideología.

A lo largo de estos años la familia ha sufrido cambios, estos han sido como resultado de movimientos sociales que han dado lugar en la actualidad a nuevas formas de constitución en las familias, así como también por los cambios evolutivos de sus miembros y las transformaciones estructurales. Así, una familia es potencialmente más funcional, en la medida que exista un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones, y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrentar los cambios.

La teoría general de los sistemas, desarrollada por Ludwig Von Bertalanffy (1969), concibe la familia como un sistema de relaciones que difiere de la simple suma de sus miembros. La aplicación de esta teoría al estudio de la familia destaca un conjunto de importantes cuestiones: la concepción de las alteraciones psíquicas como resultado de las complejas interacciones del individuo con su ambiente, la influencia de la funcionalidad familiar en el desarrollo individual, el carácter dinámico de la causalidad de ciertos trastornos mentales y la concepción de la familia como sistema abierto, en constante intercambio con otros grupos e instituciones de la sociedad.

Esta teoría define a la familia como un grupo que intercambia de manera continua información con su entorno y se influyen de manera recíproca. Existen dos tipos de sistemas, el sistema abierto en el cual se intercambia información por lo cual recibe influencia de su entorno, y el sistema cerrado en el cual no se intercambia información con su entorno.

La convergencia del enfoque sistémico y del enfoque ecológico en el llamado enfoque ecológico – sistémico ha proporcionado uno de los pilares más sólidos sobre los que se asienta la perspectiva evolutiva – educativa de la familia. (Brofenbrenner citado por Papalia y Feldman 2013) desde este enfoque se considera que las relaciones interpersonales forman parte de sistemas más complejos sometidos a influencias sociales, culturales e históricas. Por lo tanto, la familia ejerce influencia en el entorno, así como es influido por este. Este enfoque toma en cuenta los ambientes dentro de los cuales se desenvuelve la persona. El primero de ellos es el microsistema; abarca el entorno del hogar, escuela, trabajo o vecindario. El segundo es el mesosistema, es la relación que se da entre dos entornos por ejemplo la familia y la escuela. El tercero es el exosistema, consiste entre el vínculo de un microsistema

e instituciones externas que afectan de manera indirecta a la persona y por último se encuentra el macrosistema formado por los valores culturales, las creencias el cual puede afectar los demás sistemas.

El estudio psicológico de la familia la cual es considerada como un sistema dinámico de relaciones interpersonales que se da entre sus miembros y con los agentes externos, es importante de analizar ya que juega un papel importante en cómo se van a desenvolver estos dentro de su ambiente.

Funcionabilidad Familiar

Si queremos dar un concepto general de funcionamiento familiar nos va resultar complicado ya que existe una gran variedad de definiciones según la corriente de los psicólogos, en este apartado mencionaremos algunos de los conceptos que nos parecen más notables para nuestra investigación, pero para esto algo clave que tenemos que tomar en cuenta es la definición de familia donde vamos a ver sus funciones y adjudicar su tipología, constelación y organización sistémica, y también veremos su proceso evolutivo con sus propios sistemas de reglas y roles que van a crecer según las necesidades de cada grupo. La familia como nos menciona la autora, funciona como una unidad o sistema interrelacionado que cada subsistema influye como causa y efecto en las interacciones de cada miembro, y esto nos permite hacer muchos tipos de investigaciones ya que es un campo muy amplio y excesivamente rico en información nueva de la Interacción social. Hoffman (1981 citado en Murueta, Guzmán 2009).

Acá daremos algunas de las definiciones de Funcionabilidad Familiar:

“Las familias funcionales es el bajo grado de discrepancia mostrado entre sus miembros al percibir la vida familiar; altos grados de discrepancia que puede

existir entre los propios padres, o bien entre éstos y sus hijos, por el contrario, aparecen asociados a problemas en el desarrollo personal y social de los miembros de la familia” (Caprara, et al. 2004).

“La funcionalidad aparece asociada a diferentes características del sistema familiar como: niveles de cohesión, relaciones familiares, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, límites, normas, emociones, vínculos, etc., que la literatura especializada ha valorado con diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos” (Beavers y Hampson, 1995).

Murueta, Guzmán (2009) estos autores nos citan que la familia es como un “grupo primario o una aula primordial” donde los miembros aprenden el proceso de socialización. Aquí afloran los primeros lazos afectivos, las vivencias diarias, el distanciamiento corporal entre integrantes; su lenguaje ya sea verbal, gestual, oral donde habrá códigos de comunicaciones entre ellos, se aprenderá en que momento habrá silencio ya sea de emociones y sentimientos; quien da la autoridad, las tareas que corresponden a cada sexo según la cultura, y como se ayudan mutuamente, que miembro va proveer las necesidades básicas; aprenderemos en esta aula el sentido de la vida y la muerte. Acá también influirá la historia de las generaciones que precedieron y que nos dejan como base cómo funcionan las familias, y también tenemos que ver en que cultura se desarrolla y el tipo de sociedad que nos rodea, es decir, todas las dimensiones humanas se reflejan y transmiten en la vida cotidiana de cada familia. Es por esto que se toma en cuenta que es el espacio donde se desarrollaran las relaciones afectivas más profundas, y el resultado es que ahí crece la identidad de cada persona, lo que nos hace considerar que la familia es el pilar de la vida y reflexionar en todos los contextos que tienen relación. Como nos mencionan el funcionamiento familiar se manifiesta en su propio sistema familiar como un grupo que es capaz de enfrentar las

crisis que surgirán durante su vida, y nos muestra como los miembros pueden expresar su afecto y como lo permiten la familia, como se da el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, con base en los valores como el respeto, la autonomía y el espacio que se le da a cada integrante.

Conforme con el investigador Epstein, et al. (1983), nos define que el funcionamiento familiar se puede examinar por la comunicación entre sus integrantes, el desempeño de sus roles, la respuesta afectiva que tienen entre ellos, y como se involucran afectivamente y las muestras de control y flexibilidad entre sus miembros. Es importante también evaluar el grado de involucramiento que tienen como pareja, como en su vida social, la estructura de la autoridad en casa, y como regulan la distribución de las tareas domésticas en el hogar y el rol funcional.

De la Cuesta, Pérez y Louro (1996) nos dice que toma en consideración el Funcionamiento Familiar, como la dinámica interactiva y sistémica (que sabemos que es un conjunto de partes coordinadas y en interacción para lograr objetivos, y se relacionan con el mundo exterior) y que esto se da entre los integrantes de una familia y se examina a través de dimensiones de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad.

Horwitz (1985) nos indica que un buen o mal funcionamiento de la familia es un factor que está relacionado con causar cambios en la salud o en la aparición de enfermedades entre sus integrantes, como formar adultos codependientes, controladores, altamente sobreprotectores, ansiedad o chivos expiatorios. Con estos conceptos en que las familias cumplan o dejen de cumplir eficazmente sus funciones,

podremos nombrar el término de familia funcional o disfuncional, en vez de referirnos a ella como normal o patológica.

García y Estremero (2003) señala que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital (independencia, la vida de pareja o el matrimonio, la crianza de los hijos: desde los bebés hasta los adolescentes, la separación de los hijos adultos, la jubilación o la tercera edad). En cada una de estas etapas deben evidenciar los integrantes bajo grado de discrepancia entre sus miembros y respetándose mutuamente, habiendo crisis, pero pudiendo superarlas.

La funcionalidad familiar tiene un proceso de cuatro etapas seguidas: Procesos de identidad, disposición al cambio, procesos de la información y estructuración de roles. Es el conjunto de fuerzas tanto positivas como negativas, que esto va determinar el buen o mal funcionamiento de éste sistema (unidad) que como sabemos van a estar en coordinación e interacción y al cual se le atribuye una función primordial por su constante cambio y crecimiento del grupo familiar tanto en su entorno como emocionalmente, afectivamente.

Si queremos diferenciar una familia funcional debemos saber que son capaces de cumplir con las tareas que le son confiadas a cada integrante, y esto va depender en qué etapa del ciclo vital se encuentra y esto va ir altamente relacionado con el mundo externo. Se puede evidenciar que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; pero esto también puede tener aspectos contradictorios, como que los miembros tengan sentimientos negativos e insatisfacciones respecto al otro.

Chagoya (1980) citado por Córdova (2009) señala que “Por lo cual, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamiento y expectativas

entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás”.

La forma que la teoría de la familia como sistema toma en consideración la extensa gama de los sentimientos humanos para reflexionar el bienestar de la familia, esto nos hace ver como explora y como son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia son permitidos y cuales no; y estos patrones nos permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del conjunto familiar y poderlos medir.

La funcionalidad familiar es dinámica no se mantiene estática, ya que las familias van pasando por los ciclos vitales y por ende los miembros van creciendo; y no todo el tiempo las familias serán funcionales habrá pequeños o grandes lapsos de tiempo que algunos eventos o situaciones que le suceda a un integrante o varios de ellos influirán en el sistema y los harán entrar en crisis, y justo en ese momento estas familias se podrán volver disfuncionales en mayor o menor grado, y el reto es que como familia se recuperen progresivamente en el tiempo y regrese a ser una familia funcional. No obstante algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis no logran su equilibrio y no pueden autorregularse para salir de la crisis y la familia comienza a desarrollar disfunciones en su sistema y estas hacen que ya no se pueden reparar o pueden llegar a la desintegración, a pesar de estas crisis el mayor porcentaje de familias recuperan su funcionalidad sin ayuda de técnicas como ir a terapia.

Louro (1996) Cada contratiempo o eventualidad va afectar de formas muy diferentes a cada miembro de la familia en formas distintas en diferentes momentos, podemos decir que a un integrante un problema le puede afectar de forma inmediata a otro recién será después de meses, por esto, la homeostasis familiar puede funcionar de forma

precisa para algunos integrantes durante algunos periodos del ciclo vital de la vida familiar y no durante otros. Para considerar que una familia funcional está desempeñándose correctamente, tiene un requisito mantener el equilibrio o homeostasis esto es indispensable para que la familia cumpla con sus funciones eficazmente y que las fuerzas del grupo o familia le permiten progresar de crisis en crisis, de esta forma si se resuelven de manera correcta se promoverá el desarrollo de cada miembro hacia un peldaño más de madurez.

Funciones básicas de la familia por el autor Membrillo (2004) nos dice:

1. Cuidado: Cubrir las necesidades físicas y materiales, así como las de salud de cada uno de los miembros de la familia.
2. Afecto: Esta función está relacionada directamente con los aspectos psicológicos de los integrantes del núcleo familiar y esto quiere decir la forma como se cubre las necesidades afectivas de todos los miembros, lo que engloba dar amor, cariño, ternura y preocupación.
3. Expresión de la sexualidad y regulación de la fecundidad: Es un proceso en el que la familia educa y establece las condiciones para que sus integrantes expresen su sexualidad en las diferentes modalidades social, cultural, y familiar y género condiciones que le permitan a sus integrantes poder regular su fecundidad según sus intereses.
4. Socialización: Esta función es como actuamos y vivimos en sociedad, cómo nos comportamos entre diferentes situaciones sociales, y de qué manera socializamos a nuestros hijos.
5. Estatus o nivel social: Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir (1998) emplea los siguientes criterios:

- a. Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus integrantes es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una familia disfuncional.
- b. Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimula para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- c. Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por su poder. En las familias disfuncionales importa más quien va a “salirse con la suya” y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.
- d. Reacción a los eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse a las demandas internas o ambientales cuando sea necesario, de manera que puede conservar la homeostasis o equilibrio sin que ninguno de los integrantes desarrolle síntomas psicológicos. En cambio, en una familia disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología como la codependencia, cuando aparecen las crisis pueden amenazar en romper el equilibrio familiar.

Ortega, et al. (1999) nos dice que el funcionamiento familiar como la dinámica relacional sistemática; todo lo que le ocurre a un integrante le influirá a otro como un círculo; esto se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad; estas dimensiones sus definiciones son:

Cohesión, alude a la unión familiar tanto física como emocional, vínculo necesario para enfrentar diversas situaciones y tomas de decisiones del día a día; la armonía se refiere al equilibrio entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en conjunto; la comunicación se refiere a que los miembros de la familia son capaces de transmitir y contar sus experiencias en forma clara y directa; la permeabilidad se relaciona con el medio externo, es decir, qué tan capaz es la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias o instituciones; la afectividad está relacionada con la capacidad de los miembros de la familia en demostrar sentimientos y emociones positivas unos a otros; los roles se refiere a que cada miembro de la familia cumple funciones determinadas, responsabilidades negociadas previamente por el núcleo familiar y por último, la adaptabilidad alude a la habilidad de la familia en adecuarse a los cambios.

Familias disfuncionales

Satir (1998), refiere que la disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar.

Satir (1998) nos menciona que eventos críticos familiares: Son experiencias adversas e inesperadas donde encontramos crisis panorámicas y normativas donde la familia presenta problemas al comunicarse y por este motivo no pueden llegar a identificar el desencadenante de la crisis y trae consigo divorcio, alcoholismos o actividades delictivas. El psicólogo o médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto de que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar.

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en que pertenece.

Satir (1998) refiere que una crisis; “Es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de una familia, que puede pasarle a más de un miembro al mismo tiempo que ocasiona cambios en la funcionalidad de los integrantes de la familia y conduce a un estado de perturbación y que requiere una respuesta adaptativa que va necesitar un propósito y va cumplir un objetivo que será salir de la crisis y volver a ser una familia funcional.”

Satir (1998) nos menciona que los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejadas adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar tanto física como psicológica.

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación entre sus integrantes y con las estructuras sociales y culturales, es condición intrincada porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc.

Satir (1998) nos refiere que el sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por la misma familia como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente, sino son reconocidas pueden romper el equilibrio de su funcionamiento y así pasar a etapas de disfuncionalidad y quedarse en este periodo.

Ante la presencia de eventos críticos, es importan identificar el nivel de conflicto alcanzado por la familia, y que variaciones se ejecuta ante estas situaciones

posteriormente, y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia.

Satir (1998) nos menciona que tanto la vulnerabilidad familiar como la capacidad regenerativa del sistema familiar, se manifiesta como la disponibilidad de recursos que éste puede poner en juego para que todo el sistema se mantenga en equilibrio, e identificar cuáles son los factores tensionantes que puede generar a una posible crisis o que ya están afectando a la familia.

La familia funcional no se distingue de la familia disfuncional por la ausencia de problemas, lo que marca la diferencia de estas familias es como manejan y que hacen con sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos.

Funcionabilidad Familiar y Adulto Mayor

Troncoso (2012) nos dice que esta etapa de sus vidas, los adultos mayores esperan recibir de su familia, la asistencia, cariño, compañía y ayuda por parte de los demás miembros, cuando el adulto percibe que no está recibiendo ninguna de estas cosas se corre el riesgo que se presente situaciones de depresión, angustia y sentimientos de soledad y abandono. De esta manera el vínculo que desarrolla la familia jugará un papel importante. La familia es una institución que sufrirá cambios a los cual tiene que adaptarse mediante una evolución permanente. Es por ello que los roles que desempeñaba el adulto mayor dentro de la familia se modificaran, por lo cual es importante el soporte familiar que ayude y apoye. La familia será como una red de apoyo que le permite tener una buena calidad de vida, por lo cual el adulto mayor tendrá una percepción de un buen funcionamiento familiar y buena percepción de sí mismo mejorando su estado emocional.

Bustos y Sánchez (2011) encontraron que la familia juega un rol importante en la generación o prevención de enfermedades ya que se han asociado las familias disfuncionales como factores que influyen en la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores. Es por ello que una familia que cumple sus funciones y cuenta con los recursos adecuados de soporte va a ser determinante para una buena salud mental. Los adultos mayores cuando se sienten relegados y sienten que ya no cumplen un rol importante en la familia se generan sentimientos de tristeza, los cuales pueden agravarse y terminando en síntomas depresivos.

Según estas investigaciones podemos ver la relación de funcionabilidad familiar y adulto mayor, y son:

Torres (2013) en su investigación “Depresión y Funcionabilidad familiar en adultos mayores”. El tipo de investigación es descriptivo, transversal y correlacional con el objetivo de determinar la relación entre la depresión y la percepción de funcionalidad familiar en los adultos mayores que acuden a la consulta externa del H.I Moche ESSALUD. La muestra estuvo conformada de 150 adultos mayores que cumplieron criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems y el test de APGAR para evaluar funcionabilidad familiar. Llegaron a las conclusiones de que existe relación entre depresión y funcionabilidad familiar y entre ellas el nivel de asociación es moderada.

Suarez y Villena (2016) en su investigación “Funcionalidad familiar y nivel de depresión del adulto mayor. Centro adulto mayor Essalud. GUADALUPE”. La muestra estuvo conformada por 60 adultos mayores. Llego a la conclusión que los adultos mayores presentaron disfunción familiar leve con un (48.3%), con un 25% disfunción familiar moderada, 15% disfunción familiar severa y solo el 11.7% no presento disfunción familiar; nivel de depresión moderada con mayor porcentaje

(48.3%), presento nivel de depresión leve con un 41.7% y un 10% un nivel de depresión severa. Encontrando una relación significativa entre la funcionalidad familiar y nivel de depresión del Adulto mayor

Casa, Medina y Vega (2019) en su investigación “Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes –programa de diabetes en un hospital del Minsa -junio-agosto 2018” con una muestra de 196 adultos mayores, se encontró que predomina la disfunción familiar severa con un 42,3%, mientras que el 21,4% presenta buena funcionalidad familiar en sus hogares. En cuanto a las manifestaciones depresivas se encontró que el 4,6% no presentaron manifestaciones depresivas, el 28,6% muestra el mínimo leve y el 25,5% muestra mayor moderado, llegando a la conclusión que a niveles bajos de funcionabilidad familiar se corresponden con niveles altos de manifestaciones depresivas.

Barboza (2016) en su investigación “Funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del adulto mayor del hospital distrital Santa Isabel, El porvenir-La Libertad 2016”. Su muestra fue de 50 adultos mayores, encontrando que en cuanto a funcionamiento familiar predominaba una disfunción leve con el 42% seguido de una funcionamiento normal con 38% en cuanto a depresión predominaba la depresión normal con el 42% seguido de una depresión leve con el 40%, es decir, que se encontró una relación entre funcionabilidad familiar y depresión

Hidalgo (2018) en su investigación “Funcionalidad familiar y su influencia con la depresión en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Calderón, de la ciudad de Quito, durante el año 2017”. Su muestra fue conformada por 200 adultos mayores. Se utilizó como instrumento el APGAR para evaluar funcionalidad familiar y la escala de Yesavage para evaluar Depresión. Encontró que la mayoría de

los adultos mayores estudiados perciben a sus familias como disfuncionales y presencia de depresión en más de la mitad de la población estudiada.

Depresión

La depresión es la cuarta causa de incapacidad en la población activa y será, probablemente la segunda en el año 2020, la prevalencia de depresión en el mundo para la población adulta es de 10% (Carrillo, et al. 2010).

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastornar la vida cotidiana. Afecta a un 7% de la población de adultos mayores en general y representa el 1,6% de la discapacidad total en las personas de 60 años a más. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros síntomas de esa etapa de la vida (OMS, 2013).

Así mismo la OMS (2013) menciona que la “depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

“Por lo general, el enfermo que las padece sufre de un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y de disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo” (CIE 10, pág. 152).

Las investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. El avance en la tecnología hace posible que se puedan obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética que nos demuestran que al comparar las imágenes del cerebro de una persona con depresión y otro que no lo

padezca difieren. Parecen no estar funcionando con normalidad, las áreas del cerebro encargadas de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento. Están relacionados, también importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Aun así, estas imágenes no revelan las causas que generan la depresión (Nance, 2013).

Nance (2013) encontró que si bien sobre este tema habían muchos artículos de investigación estos no le decían al lector que hacer ante esta enfermedad y como abordarla es por ello que el brinda algunas recomendaciones como: si detecta algunos de los síntomas recurra a un médico para recibir un diagnóstico y un adecuado tratamiento, ya que había encontrado que muchas de las personas que tenían depresión no estaban en un tratamiento. Nos brinda alternativas como la psicoterapia pero advierte que esta puede ser efectiva solo para una depresión leve o moderada caso contrario puede no resultar efectiva así como la terapia cognitivo conductual que ayuda a las personas a cambiar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos por positivos.

Se ha visto una prevalencia de mayor frecuencia de depresión en mujeres, personas sedentarias, solteras(os), divorciadas o separadas, con familias disfuncionales, con nivel socioeconómico bajo, con falta de apoyo social y familiar, soledad, anorexia, con enfermedades crónicas y con dependencia económica. La falta de empleo y la viudez representaron un factor de riesgo elevado, puesto que ambos representan pérdidas, que es precisamente uno de los principales elementos en la etiología de la depresión (Carrillo, cols., 2010).

De acuerdo con estudios epidemiológicos nacionales e internacionales, las mujeres presentan casi el doble de probabilidades que los hombres de hallarse clínicamente deprimidas. Pero otras fuentes sugieren que las tasas de depresión entre mujeres y

hombres se emparejan después de los 65 años. Una explicación para tal discrepancia puede ser que la mujer tiene más probabilidades de consultar a los médicos y reportar sus problemas físicos que con frecuencia acompañan la depresión (Papalia, et al. 2009).

Teoría Cognitiva de la Depresión

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989):

- 1) La tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro.
- 2) Los pensamientos automáticos negativos
- 3) Errores en la percepción y en el procesamiento de información
- 4) Disfunción en los esquemas.

La tríada cognitiva (Beck, 1967) se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.

Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables.

Entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo (Friedman y Thase, 1995). Aunque todas las personas en algún momento presentan estos pensamientos negativos de vez en cuando, en personas que tienen depresión

estos son continuos y predominan en sus conocimientos conscientes, por lo cual llegan a ser relevantes en la vida de la persona (Beck, 1991).

El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio (Beck citado por Haaga, Dick y Ernst, 1991). Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son (Beck et al., 1979): la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobregeneralización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización, la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas).

Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya indicamos anteriormente toman la forma de creencias centrales o “asunciones silenciosas” (Beck et al., 1979). Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo; determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones (Freeman y Oster, 1997).

Ejemplos de estas creencias son: “yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira”, “si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un fracaso como persona”. Por tanto, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del

medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas).

En síntesis, durante la depresión se produce una alteración en el procesamiento de la información, derivados de los esquemas cognitivos que son la visión que uno tiene de sí mismos y de los demás. Estas distorsiones que el paciente las siente como reales y verdaderas ejercen una gran influencia en su actuar y sentir por lo cual mediante una terapia se busca que la persona aprenda pensamientos alternativos que ayuden a que se sienta mejor.

La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de “diátesis-estrés”, es decir que ciertas características de algunos individuos los hacen más propensos (diátesis) de sufrir algún trastorno ante la aparición de eventos estresantes. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia y permanecen latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos, formas de percibir la realidad que incluyen creencias, pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (Eaves y Rush, 1984).

Según la DSM-V (2014) nos dice que “el rasgo común de los trastornos depresivos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo”.

Adulto Mayor y la Depresión

Adulto mayor

Orosa (2003) refiere el envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital de las personas, las cuales al llegar a la edad cronológica entre los 60 y 65 años se les llama personas de tercera edad o recientemente con el término de Adulto Mayor.

Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (circunstancias enfrentadas durante su vida y el conjunto de capacidades cognitivas que se van deteriorando durante la vejez, tales como la memoria, la capacidad de aprendizaje y la coordinación).

A pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser. Actualmente, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. Según la OMS (2013) en el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer aumentó 20 años desde 1950 y llegó a 66 años, y se prevé que para el año 2050 haya aumentado 10 años más.

En el caso de países desarrollados o en vías de desarrollo, un adulto mayor tiene un nivel de vida mejor, esto se debe a que le son otorgados trabajos sin importar la edad sino la experiencia y capacidad que ellos poseen, también el gobierno les provee de un subsidio (pensión), garantías de salud y otros beneficios.

Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría, por lo general son tratados con mucho respeto y se les identifica por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades, debido a su larga trayectoria. Aunque esto difiere según cada cultura, porque en algunos países la condición de vida de un adulto mayor se torna muy

difícil debido a que pierden oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos son excluidos o rechazados.

El cuidado de un adulto mayor debe ser especial porque su organismo no es el mismo y ha sufrido varios cambios biológicos, es por eso que se les recomienda a estas personas llevar un estilo de vida tranquilo donde puedan disfrutar de su familia y de las cosas que más le gustan hacer, también es recomendado una alimentación balanceada y una rutina de ejercicios que les ayude a contrarrestar el degeneramiento de su organismo. Finalmente llegar a esta etapa de la vida es un privilegio que pocos pueden tener es por esta razón que al llegar a ser adulto mayor se debe tener una actitud positiva y alegre.

De acuerdo a estos autores Adulto Mayor:

Según Orosa (2003) “la llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano. Se ubica alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral. Incluso hoy comienza a hablarse de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años”

Esta misma autora señala que “hasta hoy en día los autores estudiosos de la edad los incluyen a todos como adultos mayores o ancianos, indistintamente, y comienzan a separarlos más bien en estudios demográficos o por proyectos específicos de trabajo”

El tema de la tercera edad ha sido acentuado por eventos importantes que se desarrollaron en los últimos años, y esto ha servido de impulso para incrementar el interés en el público.

Orosa (2003) nos menciona los principales eventos que se han realizado acerca del tema a nivel mundial y son los siguientes:

- En 1982, en la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento se aprobó el Plan de Acción Internacional de Viena el cual sugirió el aseguramiento para las personas mayores de las áreas de salud y nutrición, la participación social, en particular de las mujeres, la seguridad económica, así como de la vivienda, el medio ambiente y la educación.
- En 1991 la Asamblea General de las Naciones Unidas señaló un conjunto de principios que se deben respetar en cuanto a los ancianos, entre ellos se encuentran los relativos al acceso a los principales servicios para la vida (alimentación, agua, vivienda, salud).
- En 1999, el llamado Día Internacional de las personas de edad promovió estos principios bajo el lema “Hacia una sociedad para todas las edades”.
- En Cuba la reunión del Grupo de Expertos tuvo lugar a finales del año 1998; en ellas participaron especialistas del tema, en el Taller “Envejecimiento en Cuba: tendencias y estrategia” con el auspicio del Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud.

La teoría sociocultural de Vygotsky (1978, citado por Papalia y Feldman 2013) nos dice que veía el crecimiento cognoscitivo como un proceso colaborativo, es decir, que los individuos aprenden a través de la interacción social. Van internalizando los modos de pensar y actuar de la sociedad y se apropian de sus usos.

La investigadora cubana Orosa (2003) considera que “la concepción histórico-cultural del desarrollo psíquico, se constituye en nuestros días, en la construcción más

acabada de la explicación acerca de la estructura, contenido y génesis de la psiquis humana”

Basándose en los enfoques de las corrientes anteriores, Orosa (2003) refiere un enfoque personológico en esta etapa de la vida, reconoce eventos únicos en este período de la vida como la jubilación o el desamparo social, pero a la vez reconoce la importancia de la historia de vida de cada persona, su desarrollo personológico precedente, dichos eventos y experiencias personales que hacen que el adulto mayor sea el resultado de él mismo y sus decisiones, este enfoque reconoce también a esta etapa final de la vida como generadora de nuevas formaciones o crisis psicológicas.

Salvarreza (2000) señala que ha estructurado en base a las principales teorías acerca de la tercera edad, la denominada “teoría del desapego o de la desvinculación”, la cual sostiene la progresiva reducción del interés de la persona por actividades sociales, objetos materiales y metas, justificado por la cada vez más cercana e inminente final de su vida.

De acuerdo con los autores, a esta etapa de la vida puede tener diferentes términos; tercera edad, vejez, senectud, ancianidad o adulto mayor. Entre todas estas definiciones se concuerda en un concepto la cual establece a esta etapa de la vida como el momento en que se produce una transición de su importancia esta persona en la sociedad, a partir del establecimiento de un nuevo status asumido por este mismo grupo social, con sus jerarquías, normas, expectativas y cambios de actividades, como indicador de tiempo se toma la etapa de jubilación.

Orosa (2003) indica que el adulto mayor que comienza alrededor de los 60 años hasta la muerte, mientras Sánchez y González lo definen como “el período que media entre los 60 y 80 años, refiriéndose además que a partir de los 80 años se habla en estos

tiempos de una “Cuarta Edad”, período que también lo define como “longevidad”. Esta última influenciada por una determinada situación social del desarrollo, un proceso marcado por el enfoque vigotskiano del desarrollo psíquico, el cual es tomado como referencia para estas autoras. Teniendo como característica principal un tipo de actividad que se denomina “rectora” y la aparición de formaciones psicológicas que caracterizan la etapa.

Por su parte los autores Quintero, et al. (1997) definen el proceso de envejecimiento como “Un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre ellos”

Rocabruno (1992) refiere que el proceso de envejecimiento “No es un proceso de causa única, sino el resultado de una compleja asociación de interacciones y modificaciones estructurales y funcionales entre lo biológico, lo psicológico y lo socio-ambiental, es decir, entre lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco”

La aplicación de estos sistemas de análisis en la Psicología del Desarrollo toma como base la Escuela Histórico Cultural de Vygotski, lo que significa, además, establecer al adulto mayor en su Situación Social de Desarrollo, e indicarlo como un ser activo que asume un importante rol en su familia y en la sociedad.

Los autores Sánchez y González (2004) definen que; “Sobre el adulto mayor y los factores relacionados con este período de la vida, se escribe desde diferentes perspectivas y con más amplitud en los últimos años. Esto obedece fundamentalmente a la preocupación cada vez más creciente en las sociedades contemporáneas por las personas mayores de 60 años, que representan el grupo de edad que más rápidamente crece en el mundo. Uno de los aspectos más abordados

y quizás más polémicos en las investigaciones es la caracterización de esta etapa desde la perspectiva de los cambios bio-psico-sociales que se producen.”

Sánchez y González (2004) nos dice que el adulto mayor para la psicología constituye un reto en la actualidad, puesto que los autores siguen investigando constantemente y desarrollando diferentes métodos de análisis, los cuales también deben ser verificados en las etapas previas de la vida de las personas, para eso se requiere grandes esfuerzos teóricos que permitan abordar los temas del desarrollo humano. También se da aproximaciones por parte de Sánchez y González la cual es la más difundida en el ámbito de las investigaciones de la cultura física, como ya mencionamos estas autoras se basan en la escuela socio-cultural de Vygotski, y analizan esta edad bajo las estructuras psicológicas en que el rol de las personas (familia o amigos) que interactúan con el adulto mayor es fundamental para el logro de tales neoformaciones. Es necesario señalar que las características de la personalidad en el adulto mayor se definen por una tendencia disminuida en la autoestima, sus capacidades biológicas, mentales, estéticas y su rol en la sociedad. Resaltando que dichas características son únicas e individuales de cada persona al llegar a esta etapa, las mismas pueden asumir un matiz personológico que tiene que ver con las experiencias de vida de cada persona.

Según Daure (1989) citado por Sánchez y González nos menciona “Existen adultos mayores, que conscientes del proceso de su envejecimiento, poseen una adecuada autovaloración de sus características y posibilidades reales y asumen activamente su rol en la sociedad y la familia”

Orosa (2003) destaca, “Como nuevas formaciones psicológicas de esta edad, el papel de la sabiduría y la experiencia en estos sujetos, las cuales constituyen un privilegio de las personas maduras y de edad avanzada”.

Según las estadísticas de Matilla (2002) se conoce que alrededor del 15% el adulto mayor de 60 años presenta episodios de depresión en algún momento y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera, solo un 15% de este mismo grupo recibe un tratamiento adecuado, los síntomas tienden a ser más frecuentes y de mayor intensidad que en los jóvenes. Por otro lado, estudios realizados en centros geriátricos indican que la incidencia de depresión en adultos mayores se acerca al 20% y cuando coexisten otras patologías los porcentajes crecen significativamente. Los adultos mayores que conviven con familiares dentro de su domicilio, entre 26% y 44% tienen depresión. A pesar de estas cifras, a menudo la depresión en ancianos no es diagnosticada o es medicada de forma eficiente o nula en muchos casos. “La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento es comúnmente un problema de salud mental en los adultos mayores”

Carrillo (2010) refiere que de todos los trastornos psíquicos posibles en el adulto mayor, el más frecuente es la depresión, su prevalencia oscila entre 5 y 20%, duplicándose en el adulto mayor institucionalizado, pues se ha comprobado que los ancianos domiciliados presentan sintomatología de depresión leve, mientras los jubilados que se encuentran en instituciones sufren de depresión moderada-grave.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), (1992) decidió emplear el término de Adulto Mayor, para designar a las personas de 60 años o más de edad, subdividiéndolo en las siguientes categorías: Tercera edad: 60-74 años Cuarta edad: 75-89 años Longevos: 90-99 años Centenarios: más de 100 años.

Depresión en los adultos mayores

Según Gutiérrez (1980), dentro de la misma sociedad, tenemos el concepto erróneo de que la depresión es un aspecto natural en la vida de las personas de avanzada edad, y

al acudir a un centro médico, el doctor sólo va a enfocarse en aspectos o síntomas físicos, además de la reacia actitud de la persona en compartir sentimientos negativos como desesperanza, tristeza, ansiedad o falta de interés en actividades cotidianas. Esto crea un falso diagnóstico, por lo que el adulto mayor no se trata de manera eficiente, provocando un desarrollo e incremento de sufrimiento en su día a día para él y su familia. Si se logra identificar los síntomas de la depresión en el adulto mayor, podemos diagnosticar y elaborar un tratamiento con medicación o ayuda psicoterapéutica a la persona afectada, regresándole una mejor calidad de vida en sus últimos años y tranquilidad a su familia.

La psicoterapia breve (terapia a través de charlas que ayudan a la persona en las relaciones cotidianas, ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión) es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores.

Un anciano deprimido ve los días como un camino largo que quiere terminar, pues siente que ya nada tiene sentido, sintiéndose desmotivado, es su estado de ánimo el que no le permite darse cuenta que aun la vida sigue y es maravillosa.

Palomino y Peña (2018); en su investigación en el distrito de Curgos - provincia de Sánchez Carrión llegaron a determinar la relación existente entre los factores sociodemográficos y el nivel de depresión en adultos mayores de 60 a 80 años. La muestra estuvo constituida por 120 adultos mayores. Respecto al nivel de depresión, la depresión severa obtuvo un mayor porcentaje (37,5%), seguido depresión moderada (29.2%), depresión leve (20%) y 13,3% sin depresión. Concluyendo que existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en el grado de funcionalidad familiar con el nivel de depresión en adultos mayores.

Hipótesis

A altos niveles de funcionabilidad familiar se asociaran bajos niveles de depresión en el Adulto Mayor, del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa.





Capítulo II: Diseño Metodológico

Tipo y Diseño de Investigación

El diseño de la investigación es no experimental de tipo correlacional.

(Salkind, 1999) nos menciona que la investigación correlacional describe la relación entre dos o más variables sin tratar en lo absoluto de atribuir a una variable el efecto observado en otra.

Según Cancela, et al. (2010) nos refieren que los que utilizan la investigación correlacional están interesados en describir las relaciones entre las variables mediante coeficientes de correlación estos son los valores matemáticos los que aportaran información sobre el grado, intensidad y dirección entre las variables.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar la hipótesis. La investigación correlacional tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables y no experimental. El diseño no experimental es el estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de las variables.

Técnicas, instrumentos, aparatos u otros

La técnica fue de tipo cuestionario y se aplicó una investigación de forma individual utilizando dos instrumentos: Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar y el Inventario de Depresión de Beck II.

Instrumentos

Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL).

El test de funcionamiento familiar (FF-SIL) elaborado por Ortega, T, de la Cuesta, D y Díaz, C. en 1999. Este instrumento evaluara el grado de funcionalidad

familiar basado en 7 variables: Cohesión (ítem 1 y 8), armonía (ítem 2 y 13), comunicación (ítem 5 y 12), permeabilidad (ítem 7 y 12), afectividad (ítem 4 y 14), roles (ítem 3 y 9), adaptabilidad (ítem 6 y 10). Dando como resultado los diferentes tipos de familia: familias funcionales (de 70 a 57 puntos), familia moderadamente funcional (de 56 a 43 puntos), familia disfuncional (de 42 a 28 puntos) y familia severamente disfuncional (de 27 a 14 puntos)

Estandarización. - Este test fue conformado por un universo de 62614 familias que se encontraron en La Habana en un periodo entre el 1 de diciembre de 1999 y el 8 de enero del 2000. Decidieron trabajar en un inicio con 80 familias utilizando una formula, pero finalmente trabajaron con 80 familias seleccionadas, y ellos emplearon el Muestreo por conglomerados Bietapico (Liu y Zuñiga 2013).

Confiabilidad y validez. - Realizaron una consulta con 15 expertos, y tuvieron en cuenta algunos de los siguientes criterios: Que tengan reconocida experiencia en atención psicológica social, educativa e investigativa con la familia. Además, realizaron una nueva consulta a 4 expertos de la ciudad de Arequipa para que respondieran una encuesta en la cual ellos indicaron si se cumplían los siguientes requisitos: Ser razonable, comprensible y estos componentes fueron claramente definidos, y llegaron a la conclusión de que los cuatros expertos concordaron que el instrumento es válido en su contenido (Liu y Zúñiga, 2013).

El análisis realizado fue en una muestra de 30 sujetos dentro de la Institución Policial, y se obtuvo un valor alto y significativo de confiabilidad ($\alpha=0.656$) que eso les indicaba que es un instrumento fiable. Asimismo, midieron, mediante el método de validez factorial, las puntuaciones de los factores del instrumento y que correlacionaban con el puntaje global.

Este test también fue validado por Figueroa y Medina (2017) realizaron su investigación de “Funcionamiento familiar y distorsiones cognitivas en suboficiales de la Policía Nacional del Perú.

Inventario de depresión de Beck II

El Inventario de Depresión (BDI- II) está compuesto por 21 ítems, cada ítem se calificó en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3. Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años

Se dieron las siguientes puntuaciones:

0-13 mínimo

14-19 leve

20-28 moderado

29-63 severo

Confiabilidad: Los índices psicométricos fueron analizados de forma profunda y esto reflejaba una buena consistencia interna. (alfa de crombach 0,76-0,95) la fiabilidad del test oscila alrededor de $r=0,8$ pero su estudio nos mostró que se ha presentado dificultades metodológicas y por lo cual recomendaron que en estos tipos de casos se administre a lo largo del día. En Lima sur, Espinoza en el año 2016, en una muestra de más de 1000 universitarios, reporto en la confiabilidad por consistencia interna coeficientes Alfa de Crombach de 0.865 para el nivel general y coeficientes superiores a 0.60 para las 3 áreas en esa población que hallaron y compusieron el inventario.

Validez: Su validez predictiva como instrumento de diagnóstico de cribado fue recientemente estudiada, y en nuestro país tuvo una amplia muestra de la población general de entre 18 a 64 años de edad, y dispuso de un rendimiento de sensibilidad 100% especificidad 99% y valor predictivo positivo 0.72 y valor predictivo negativo 18 (punto de corte >13) se hizo un estudio en grupos distintos de pacientes médicos con criterios dispares en cuanto al punto de corte, los resultados fueron que no eran homogéneos. En lima sur aplico en universitarios y evaluó la validez de constructo de BDI-II a través de análisis factorial hallando tres factores que explican el 39% de la varianza total.

Otra investigación que valida la aplicación del test fue dada por Beizaga (2018) que realizo una investigación en la Universidad Inca Garcilazo de la Vega y que fue adaptada al Perú.

Población y Muestra

Población.

La población estuvo conformada por 110 adultos mayores entre hombres y mujeres de 60 años a 75 años que acuden al Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de EsSalud Arequipa.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 80 adultos mayores de ambos sexos que acuden al Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de EsSalud Arequipa.

Criterios de inclusión.

- Personas de 60 a 75 años, que acepten ingresar al estudio mediante la firma de consentimiento informado y responder todo el cuestionario.
- De ambos sexos.
- Adultos mayores que vivan con sus hijos o pareja
- Evaluaremos según el estado civil y grado de instrucción a los adultos mayores

Criterios de exclusión.

- Adulto Mayor que no consientan participar en el estudio.
- Personas menores de 60 años
- Personas que no participen 100% en la toma de los cuestionarios
- Personas con alguna discapacidad auditiva o visual.

Estrategia de recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó permiso y se coordinó las fechas de aplicación de la investigación en el Centro de Essalud de Hunter mediante el Psicólogo encargado del área de adultos mayores.

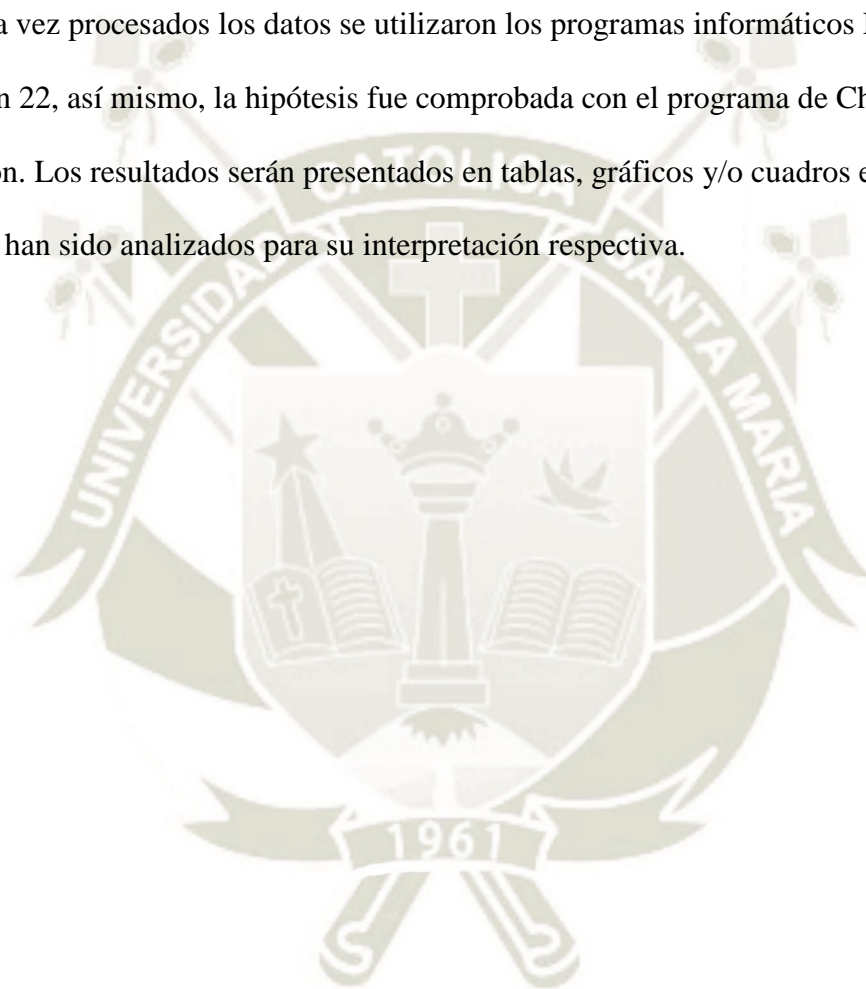
Posteriormente se realizaron unas reuniones en los centros del adulto mayor para tener el consentimiento de los participantes, y hacer la selección de los que aceptaron participar y los que declinaron de este estudio.

Seguidamente se aplicaron la toma de la prueba y el inventario de forma individual a cada adulto mayor con una duración de casi dos meses.

Concluida la obtención de datos se realizó un pequeño compartir con nuestros grupos de adultos mayores para agradecer su apoyo; y por último se procedió a la tabulación en base a los datos obtenidos, y el análisis e interpretación de los mismos.

Criterio de procesamiento de información

Una vez procesados los datos se utilizaron los programas informáticos Excel y SPSS versión 22, así mismo, la hipótesis fue comprobada con el programa de Chi cuadrado y Pearson. Los resultados serán presentados en tablas, gráficos y/o cuadros estadísticos los cuales han sido analizados para su interpretación respectiva.





Capitulo III

Resultados

Tabla 1

Funcionabilidad Familiar y Depresión en los adultos mayores

		Test de Depresión								Total	
		Depresión mínima		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa			
		F	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Funcionabilidad familiar	Familia funcional	32	39,5	1	1,2	0	0,0	0	0,0	36	44,4
	Familia moderadamente funcional	24	29,6	4	4,9	1	1,2	0	0,0	32	39,5
	Familia disfuncional	0	0,0	7	8,6	8	9,9	3	3,7	12	14,8
	Familia severamente disfuncional	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	1,2
Total		56	69,1	12	14,8	10	12,3	3	3,7	81	100,0
Chi2= 7,880		gl= 9				p=0.000					

Interpretación

En el análisis de la depresión y la funcionabilidad familiar, se evidencia un nivel de correlación positiva inversa con un Chi2= 7,880. Así mismo observamos que un 39,5% de los evaluados presentan depresión mínima y cuentan con familias funcionales, podemos deducir que sus familias funcionan de forma correcta, sin embargo, el 29,6% del grupo de aplicación tienen depresión mínima con familia moderadamente funcional, se interpreta que la comunicación o alguna otra dimensión no está funcionando de la forma correcta en su familia. En menor porcentaje con un 8.6% está la depresión leve y familia moderadamente funcional, los adultos mayores que pertenecen a este grupo están percibiendo deterioro en su entorno familiar y esto los está comenzando a afectar en su salud mental.

Tabla 2
Funcionabilidad Familiar en los adultos mayores

Tipo de familia	F	%
Familia disfuncional	12	14,8
Familia funcional	36	44,4
Familia moderadamente funcional	32	39,5
Familia severamente disfuncional	1	1,2
Total	81	100,0

Interpretación

En la tabla número 3 se puede observar que un 44.4% de adultos mayores está dentro de la familia funcional, esto nos quiere decir que estas familias tienen problemas como cualquier familia pero saben salir adelante y resolverlos mediante una buena comunicación y se pueden adaptar a las circunstancias y no dejan de mostrarse afecto entre ellos, cada uno asume su rol en la familia y son permeables ante situaciones difíciles. Índices del 39.5% son las familias moderadamente funcionales, esto nos da entender que tienen algunas dificultades en alguna dimensión como comunicación o falta de permeabilidad; en cambio con escalas menores están los que provienen de una familia disfuncional conformados por el 14.8%, estas familias tienen varias dificultades a la hora de dar y recibir afecto, la comunicación no es fluida, son familias más cerradas mentalmente.

Tabla 3
Estado Civil y Funcionabilidad Familiar en los adultos mayores

		Funcionabilidad familiar								Total	
		Familia funcional		Familia moderadamente funcional		Familia disfuncional		Familia severamente disfuncional			
		F	%	F	%	f	%	F	%		
Estado Civil	Casado	24	29,6	18	22,2	8	9,9	1	1,2	51	63,0
	Divorciado	0	0,0	2	2,5	2	2,5	0	0,0	4	4,9
	Soltero	1	1,2	3	3,7	0	0,0	0	0,0	4	4,9
	Viudo	11	13,6	9	11,1	2	2,5	0	0,0	22	27,2
Total		36	44,4	32	39,5	12	14,8	1	1,2	81	100,0

Chi2= 9.012

gl= 9

p=0.436

Interpretación

En la tabla se observa que predomina la familia funcional en los casados con el 29.6%, en estas familias se presenta una mayor armonía entre la pareja y sus integrantes de su familia, seguida por el 22.2% de familias moderadamente funcionales y los viudos con el 13.6%, perciben el apoyo por parte de sus hijos. Nos indica que en general las personas casadas perciben un buen ambiente familiar. Los viudos con familia moderadamente funcional tienen un 11.1%. Familias disfuncionales con adultos mayores casados se encuentra un 9,9%.

Tabla 4
Niveles de Depresión en los Adultos Mayores

Niveles de Depresión	F	%
Depresión leve	12	14,8
Depresión mínima	56	69,1
Depresión moderada	10	12,3
Depresión severa	3	3,7
Total	81	100,0

Interpretación

En el análisis de los niveles de depresión se puede observar que la mayoría de los evaluados tienen depresión mínima con el 69,1% esto nos quiere decir que estos adultos mayores son personas alegres y muy activas, y por ende no ven la vida de forma negativa; mientras que presentan una depresión leve es del 14.8% estos adultos mayores poseen un poco de tristeza ya sea por enfermedades de su propia edad o porque ya no pueden realizar actividades que normalmente hacían, mientras tanto hay un pequeño grupo que tienen una depresión moderada representados por el 12.3% ellos ya necesitan centro ayuda psicológica, apoyo de su familia y de sus amigos.

Datos demográficos:

Tabla 6

Género y Funcionabilidad familiar en los adultos mayores.

		Funcionabilidad familiar								Total	
		Familia funcional		Familia moderadamente funcional		Familia disfuncional		Familia severamente disfuncional			
		F	%	F	%	F	%	F	%		
Género	Femenino	30	37,0	31	38,3	12	14,8	0	0,0	7	90,1
	Masculino	6	7,4	1	1,2	0	0,0	1	1,2	8	9,9
Total		36	44,4	32	39,5	12	14,8	1	1,2	81	100,0

Chi²= 13.944 gl= 3 p=0.003

Interpretación

En el análisis de género y la funcionalidad familiar, se puede mostrar que el 37% del sexo femenino está representado por familias funcionales, con un 38.3%, familia moderadamente funcional y también pertenecen el grupo de las mujeres, como se muestra alto porcentaje de nuestra muestra tienen una familia firme y estable con pequeñas cosas por mejorar, y si comparamos la mostramos nos da que la disfuncionalidad familiar es más elevada en el género femenino representados por el 14.8% pero esto también es porque la muestra fue aplicada a una gran parte de mujeres y muy pocos hombres.

Tabla 7

Educación en los adultos mayores.

Tabla
Educación

	f	%
Sin educación	6	7,4
Primaria	44	54,3
Secundaria	19	23,5
Técnico superior	1	1,2
Universitario	11	13,6
Total	81	100,0

Interpretación

En los resultados encontrados según su nivel de Educación, que se puede apreciar en la tabla que la mayoría de los encuestados tienen una educación sólo a nivel primario y son representados por el 54.3%, esto ocurre porque la mayoría de los adultos mayores se han dedicado a trabajar desde muy jóvenes ya que son de un estrato socioeconómico bajo; y sus trabajos constaban en estar en la chacra o negocios independientes, muchos de estos adultos no han terminado la primaria; en cambio existe otra porción de encuestados que manifiestan una educación a nivel secundaria representadas con el 23.5%, pero siendo muy pocos los que hayan terminado su educación escolar completa; y un porcentaje menor están los encuestados que tienen un grado universitario o instituto con un 13.6%, y al final de esta aplicación tenemos a los que no tuvieron educación representados con el 7.4% que son analfabetos.

Tabla 8
Estado Civil en los adultos mayores.

	f	%
Casado	51	63,0
Divorciado	4	4,9
Soltero	4	4,9
Viudo	22	27,2
Total	81	100,0

Interpretación

En el análisis del estado civil de los encuestados se puede apreciar que la gran mayoría de ellos son casados, representados por un 63%, que suelen ir acompañados de su pareja y ven estos grupos como una forma de recreación que pueden hacer juntos, seguido de un 27,2% que representan a las personas viudas, que buscan aprender nuevas actividades e integrarse a un grupo en donde pueden compartir y conocer nueva gente.

DISCUSIÓN

La presente investigación está dirigida a comprobar si existe una correlación entre los niveles de funcionabilidad familiar y los niveles de depresión en adultos mayores del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa, se encontró que existe una correlación positiva inversa entre variables analizadas, de esta manera se comprueba la hipótesis planteada. Otros estudios que han obtenido los mismos resultados son:

Suarez y Villena (2016) en su investigación titulada “Funcionalidad familiar y nivel de depresión del adulto mayor del Centro adulto mayor Essalud. GUADALUPE”. La muestra estuvo conformada por 60 adultos mayores, con el objetivo de determinar la relación entre la Funcionalidad Familiar y nivel de depresión del Adulto Mayor. Y hallando que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y nivel de depresión del Adulto mayor.

Torres (2013) en su investigación titulada “Depresión y Funcionabilidad familiar en adultos mayores”. La muestra estuvo conformada de 150 adultos mayores, con el objetivo de determinar la relación entre la depresión y la percepción de funcionalidad familiar en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de H1 moche- Essalud. Encontrando que existe relación entre depresión y funcionabilidad familiar y entre ellas el nivel de asociación es moderada.

Casa, Medina y Vega (2019) en su investigación “Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes –programa de diabetes en un hospital del Minsa -junio-agosto 2018” con una muestra de 196 adultos mayores, con el objetivo determinar la relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con Diabetes. Encontraron que hay una correlación estadísticamente

significativa de nivel medio entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas es decir; a niveles bajos de funcionalidad familiar se corresponden con niveles altos de manifestaciones depresivas en el adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo2.

Barboza (2016) en su investigación “Funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del adulto mayor del hospital distrital Santa Isabel, El porvenir-La Libertad 2016”. Su muestra fue de 50 adultos mayores, encontrando que en cuanto a funcionamiento familiar predominaba una disfunción leve con el 42% seguido de un funcionamiento normal con 38% en cuanto a depresión predominaba la depresión normal con el 42% seguido de una depresión leve con el 40%, es decir, que se encontró una relación entre funcionalidad familiar y depresión.

Hidalgo (2018) en su investigación “Funcionalidad familiar y su influencia con la depresión en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor Calderón, de la ciudad de Quito, durante el año 2017” . Su muestra fue conformada por 200 adultos mayores. Encontró que la mayoría de los adultos mayores estudiados perciben a sus familias como disfuncionales y presencia de depresión en más de la mitad de la población estudiada.

Palomino y Peña (2018); en su investigación en el distrito de Curgos - provincia de Sánchez Carrión analizaron la relación existente entre los factores sociodemográficos y el nivel de depresión en adultos mayores de 60 a 80 años. La muestra estuvo constituida por 120 adultos mayores. Se encontró que los adultos mayores percibían a sus familias como disfuncionales .Respecto al nivel de depresión, la depresión severa obtuvo un mayor porcentaje (37,5%), seguido de una depresión moderada (29.2%). Concluyendo que existe relación estadísticamente significativa en el grado de funcionalidad familiar con el nivel de depresión en adultos mayores.

A partir de los hallazgos encontrados en la investigación se puede observar que tenemos familias funcionales que predominan con un 44.4% y moderadamente funcional con un 39.5% de nuestra población de 80 adultos mayores. Se encontró que 68 participantes tienen familias funcionales y moderadamente funcionales; esto nos da a deducir que son familias sanas en donde sus dimensiones de comunicación, afecto, permeabilidad, roles, cohesión, armonía y adaptabilidad funcionan de forma correcta, esto no quiere decir que carezcan de problemas sino que son capaces de adaptarse a estas situaciones y ceder con los integrantes de su familia, la comunicación entre ellos es buena no tienen miedo de expresar sus opiniones, resuelven los problemas a través de un lenguaje asertivo.

En la descripción de los niveles de familia disfuncional encontramos en menor porcentaje un 14.8%, mientras que familia severamente disfuncional presenta 1.2%; que representan a 13 adultos, donde sus familias adolecen de muchas dimensiones y tienen mucho por mejorar para que ellos tengan una vida plena, estos resultados nos revelan que este grupo de adultos mayores con familias disfuncionales fue relativamente inferior de lo que esperábamos en la investigación, es altamente probable que carecen de demostraciones de afecto, y ya no tienen un rol importante en su familia y son dejados de lado en decisiones sobre su propia vida, y también es factible que haya muchos conflictos en el hogar, es necesario que tengan ayuda para mejorar su calidad de vida como familia sistémica.

Estos resultados están respaldados por la tesis de Acuña, Barrios, Martínez, Taborda y Vargas (2015), “Percepción de la Funcionalidad Familiar En Adultos Mayores de Los Centros De Vida de La Ciudad de Cartagena” con una muestra de 898 adultos mayores de los 24 centros de vida de la ciudad de Cartagena. Encontraron que el 77.5% percibió una buena funcionalidad, el 13.7% disfuncionalidad moderada y el 8.8% disfuncionalidad

severa., es decir la mayoría de los adultos mayores percibieron una buena funcionalidad en su familia.

En nuestra investigación se encontró que no existe relación entre el estado civil y la funcionabilidad familiar ya que el valor hallado de la significancia es de $p=0.436$ mayor al parámetro .limite ($p<0.05$). Con un 29.6% familias funcionales, 22.2% familias moderadamente funcionales en casados, mientras que en viudos 13.6% familias funcionales y 11.11% familias moderadamente funcionales y con un pequeño porcentaje de divorciados 2.5% familia moderadamente funcional y los solteros 1.2% familia funcional y la moderadamente funcional 3.7%. Por lo cual podemos inferir que tener una pareja o no, no interfiere en el funcionamiento de la familia.

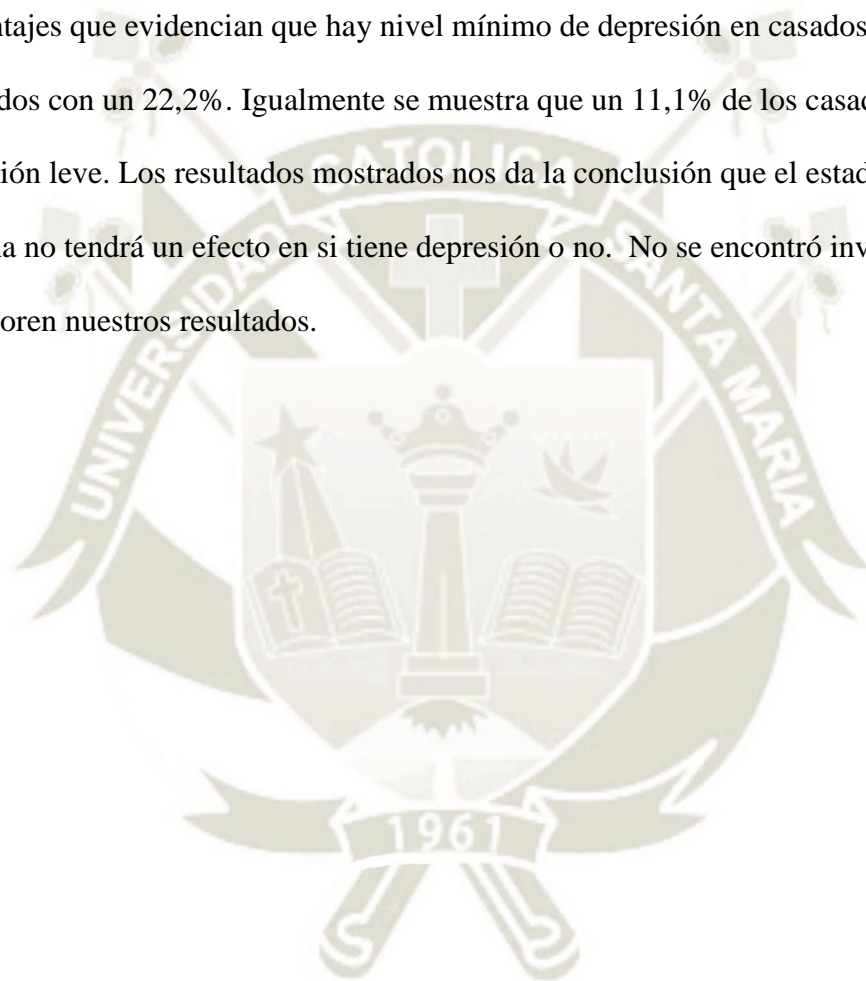
No se encontró tesis con los mismos resultados que obtuvimos, ya que al parecer no han tomado esta variable en sus investigaciones de adultos mayores y funcionamiento familiar; es un nuevo tema que en futuras investigaciones podrían considerar ser evaluadas.

En los hallazgos de niveles de depresión en relación con los adultos mayores nos dieron como resultados que predomina la depresión mínima con un 69.1%, le sigue depresión leve 14.8%, depresión moderada 12.3% y finalmente depresión severa 3.7% ; esto nos indica que este grupo de adultos mayores ven la vida de forma positiva y tienen esperanzas de un buen futuro, saben que tienen enfermedades pero eso no los detiene para seguir realizando sus actividades diarias y brindar apoyo a su familia; claro tenemos 13 personas de 80 de la muestra que necesitan ayuda especializada y apoyo familiar para que esta etapa final la vivan tranquilos en paz y sin remordimientos de cosas que vivieron.

Estos resultados están avalados por Cano (2014) “Estilo De Vida Y Depresión En El Adulto Mayor” con una muestra de 140 adultos mayores de 60 años a más perteneciente al Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar la mayoría de adultos mayores no

presentan niveles de depresión; seguido de una depresión leve. No se encontró relación significativa respecto a los niveles de depresión y las instituciones pertenecientes al Centro Integral del Adulto Mayor.

En cuestión de los niveles de depresión y su relación con el estado civil nos dio como resultado que no existe relación entre estas dos variables, y nos arrojó los siguientes porcentajes que evidencian que hay nivel mínimo de depresión en casados con un 40,7% y en viudos con un 22,2%. Igualmente se muestra que un 11,1% de los casados presentan depresión leve. Los resultados mostrados nos da la conclusión que el estado civil de la persona no tendrá un efecto en si tiene depresión o no. No se encontró investigaciones que corroboren nuestros resultados.



CONCLUSIONES

Primera. - A mayor nivel de funcionabilidad familiar menor nivel de depresión en los Adultos Mayores del Centro de Atención Primaria Hunter de la Red Asistencial de ESSALUD Arequipa,

Segunda. - En el análisis de los indicadores de funcionabilidad familiar en los adultos mayores encontramos que prevalecen las familias funcionales y moderadamente funcionales.

Tercera. - El nivel de funcionabilidad familiar según su estado civil nos muestra que no existe relación entre ambas variables.

Cuarta. - Existe una mayor prevalencia del nivel mínimo de depresión en los adultos mayores en comparación de los niveles de depresión moderado o severo.

Quinta.- Al examinar los niveles de depresión según el estado civil se llega a la conclusión que no existe relación entre estado civil y depresión.

SUGERENCIAS

Primera. - Promover e incentivar a los adultos mayores a integrarse al CIAM de su distrito ya que este programa brinda actividades deportivas y recreativas. Permitiendo que vivan esta nueva etapa de su vida de una forma saludable y activa.

Segunda. - Brindar charlas informativas sobre la depresión a los adultos mayores con la finalidad de prevenir de manera oportuna los síntomas asociados a dicho trastorno. Estas charlas deberán darse en los centros de salud y Centros de Atención Integral al Adulto Mayor.

Tercera.- Realizar un seguimiento a los adultos mayores que asisten al CIAM para verificar como se encuentran psicológicamente, emocionalmente, así como su estado de salud, para poder hacer intervenciones a los que presentan alguna dificultad.

Quinta. - Consideramos que se debe realizar más estudios con los temas relacionados a depresión y funcionabilidad familiar con otras variables para estudiar a más profundidad que otros factores influyen en la depresión del adulto mayor, ya que este grupo de nuestra sociedad es muy poco estudiado y para poder darles una mejor calidad de vida.

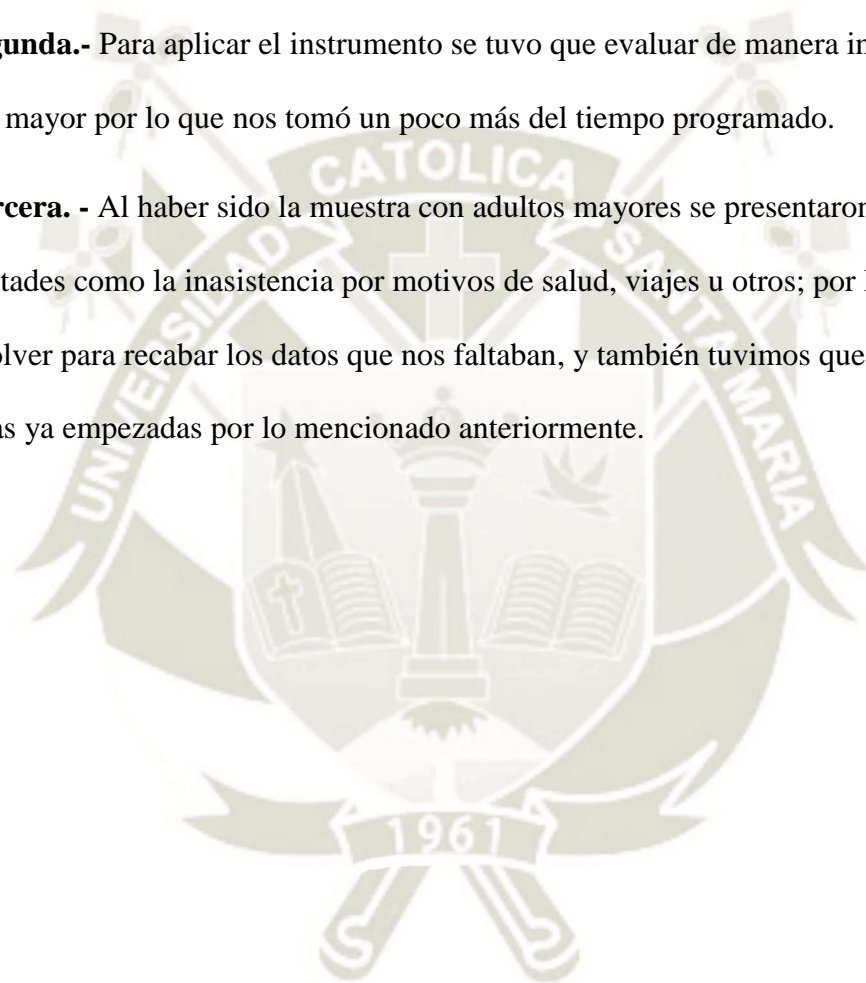
Sexta. - Crear programas de prevención para el cuidado de la salud mental del adulto mayor trabajando conjuntamente con sus familias y realizar intervenciones a los adultos mayores que tengan dificultades en el funcionamiento de su estructura familiar mediante talleres.

LIMITACIONES

Primera. - Los adultos mayores como sabemos son personas que te cuentan sus anécdotas y se desconcentran fácilmente cuando uno hace una pregunta, pero no solo son estos factores los que influyen en retrasar la aplicación de los test, sino también las actividades ocupacionales de esta población.

Segunda.- Para aplicar el instrumento se tuvo que evaluar de manera individual a cada adulto mayor por lo que nos tomó un poco más del tiempo programado.

Tercera. - Al haber sido la muestra con adultos mayores se presentaron algunas dificultades como la inasistencia por motivos de salud, viajes u otros; por lo que se tenía que volver para recabar los datos que nos faltaban, y también tuvimos que descartar pruebas ya empezadas por lo mencionado anteriormente.



REFERENCIAS

- Ackerman, N. (1966) Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Argentina, Buenos aires. Ediciones Horme.
- Acuña I., Barrios, Y., Martínez, N., Taborda, E. y Vargas, G. (2015). Percepción de la funcionalidad familiar en los Adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena (tesis de pregrado). Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia. Recuperado de 190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2642/1/percepción%20de%20la%20funcionalidad%20familiar%20en%20adultos%20mayores%20de%20los%20centros%20de%20vida%20de%20la%20ciudad%20de%20cartagena.pdf
- Alberdi, I. (1982) Un nuevo modelo de familia. Revista de sociología 18 87-93. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/Papers/article/viewFile/24821/192360>
- American Psychiatric Association (2014) Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5) 5 Edición. Arlington, VA
- Barboza, B. (2016) Funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del Adulto mayor del hospital distrital Santa Isabel , El Porvenir- La Libertad 2016.
- Beavers, R. & Hampson, W. (1995). Familias exitosas. Barcelona: Paidós familiar.
- Beck, A. (1976).Cognitive therapy and the emotional disorders. Nueva York: International Universities Press
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. American Psychologist, 46,368-375
- Beizaga (2018). Depresión en Internas del pabellón A, B y C del Penal de Mujeres de Chorrillos, 2017. Recuperado de: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2360/TRAB.SUF.PR-OF.Heraida%20Valle%20Beizaga.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- Betarlanfi, L. (1991) Teoría General de los sistemas. Recuperado de <https://cienciasyparadigmas.files.wordpress.com/2012/06/teoria-general-de-los-sistemas--fundamentos-desarrollo-aplicaciones-ludwig-von-bertalanffy.pdf>
- Bustos, L., Sánchez, J., (2011). “Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chia Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar”. Tesis de Post grado .Universidad de la sabana, Bogotá.
- Caballo. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1(pp. 543-574). Madrid: Siglo XXI.
- Cancela G., Rocío; Cea M., Noelia; Galindo L., Guido; Valilla G., Sara. Metodología de la Investigación Educativa: Investigación ex post facto. Universidad Autónoma de Madrid. 2010, p. 8.
- Cano C. El anciano con demencia. En: Abizanda P, Rodríguez L. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Madrid: Elsevier; 2015. p. 478-82.
- Caprara, G., Regalia, C., Scabini, E., Barbaranelli, C., & Bandura, A. (2004). Assessment filial, parental, marital, and collective family efficacy beliefs. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 247–261.
- Carrillo, M., Valdez, N., Sánchez, M. & Marín, S. (2010) Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. *Revista del Instituto de salud pública de la Universidad Veracruzana*. Volumen 6 (12). Recuperado de: <https://www.uv.mx/msp/files/2012/12/universalud12.pdf#page=6>
- Casa, S. Medina, A. & Vega, S. (2019) Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes –programa de diabetes en un hospital del Minsa -junio-agosto 2018. Universidad Peruana Cayetano Heredia. (Tesis de licenciatura). Recuperado de: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/5566>

- Daure, J. (1989). La motivación en los círculos de abuelos. Marta Cañizares, Tutor Trabajo de Diploma, Facultad Cultura Física Villa Clara. Recuperado de: <https://www.monografias.com/trabajos88/actividades-recreativas-incorporacion-abuelos/actividades-recreativas-incorporacion-abuelos2.shtml>
- De la Cuesta, D., Pérez, E. & Louro, I. (1996). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento (Tesis de maestría). Universidad de La Habana, Cuba. Recuperado de <http://bibliotecas.unam.mx/index.php/desarrollo-de-habilidades>
- Díaz, E. & Sanz, R. (2015) Vulnerabilidad cognitiva en el trastorno depresivo: a propósito de un caso clínico. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental vol. 3 (1). Recuperado de: <http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/issue/view/7>
- Eaves, G. & Rush, A. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 31-40.
- Epstein, N., Baldwin, L. & Bishop D. (1983). The Mc- Master Model of Family Functioning: a view of the normal family, en Walsh, F. Normal family processes. New York: Guilford Press. Rev. Mex. Orient. Educ. v.6 n.15 México out. 2008. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272008000200002
- Figuroa, H. & Medina, J, (2017) “Funcionamiento Familiar y Distorsiones Cognitivas en suboficiales de la Policía Nacional del Perú”. Tesis de Pregrado. Universidad Católica de Santa María. Recuperado de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6601/76.0323.PS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Freeman, A. & Oster, C. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. En V.E
- Friedman, E. & Thase, M. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En Caballo V., Buena, G. y Carrobbles, J. Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos, vol. 1 (pp. 619-681). Madrid: Siglo XXI.

- García, X. & Estremero, J (2003) Ciclo vital crisis evolutivas, Área de Salud Mental Fundación MF, para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud Unidad de Medicina Familiar y Preventiva Hospital Italiano de Buenos Aire
- Gonzales, M. & Vásquez, V. (2015) Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. Universidad de Cuenca. (Tesis de segunda especialidad). Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/46160338.pdf>
- Gutiérrez, C (1980). Depresión un estado de ánimo, Edición I, Canadá.
- Haaga, D., Dyck, M. & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236
- Hernández, S., Fernández, R., & Baptista, P. (2003). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.
- Hidalgo, C. (2018) Funcionalidad familiar y su influencia con la depresión en adultos mayores del centro del adulto mayor calderón, de la ciudad de quito, durante el año 2017. Quito. Tesis de Pregrado. Universidad Tecnológica Indoamericana. Recuperado de: <http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/609/1/tesis%20de%20la%20carrera%20ciencias%20psicologicas%20de%20hidalgo%20pazmi%20cristhian%20geovanny.pdf>.
- Horwitz, C. (1985) Familia y salud familiar. un enfoque para la atención primaria. *Bol Of Sanit Panam.* 98(2), 1
- Instituto de política familiar (2006) Evolución de la familia en Europa Recuperado de: <http://www.ipfe.org/Espa%20B1a/Documentos/IPF>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018) informe técnico de la situación de la población adulto mayor. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe- tecnico- n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf

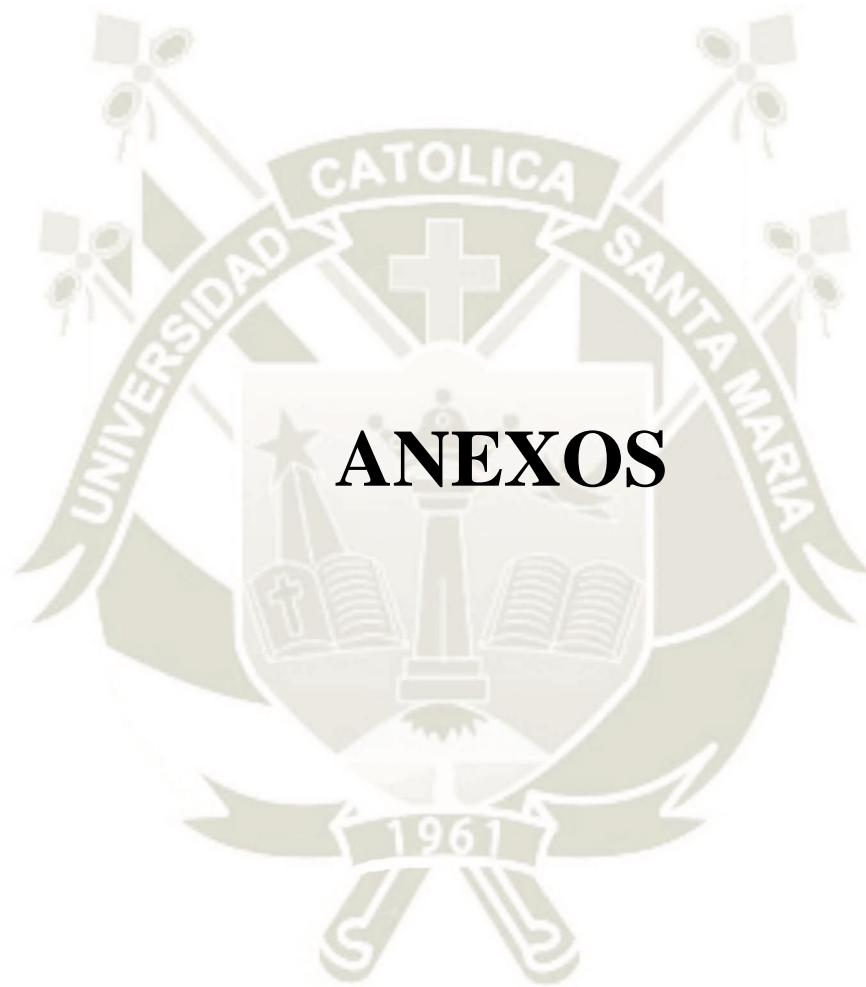
- Liu, A. y Zuñiga, M. (2013) Acoso escolar y funcionalidad familiar en estudiantes de secundaria de una institución educativa. Tesis de pregrado. Universidad Católica Santa María, Arequipa, Perú.
- Louro, I. (1993) Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad. Experiencia en la atención Primaria de Salud. Facultad de Salud Pública.
- Murueta, M. & Guzmán, M. (2009) Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI. México: Amapsi Editorial
- Matilla, R. (2002). La depresión en el anciano. Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Depresionanciano.shtml>.
- Membrillo, A. (2004) Roles Familiares y de Grupo Mecanograma. Departamento de Medicina Familiar. UNAM. México
- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (2005) Violencia familiar en Las personas adultas mayores. Recuperado de: https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/mimdes_adultos_mayores_libros.pdf
- Nance, D. (2013) Depresión en el adulto mayor. México: Instituto de Geriatria.
- Organización mundial de la salud (1992) CIE 10. España, Madrid, Meditor
- Organización mundial de la salud (2013) la salud y los adultos mayores. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la salud (2018) Maltrato de las personas mayores. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Orosa, T. (2003). La tercera edad y la familia. Una mirada desde el mayor. La Habana. Ed. Félix Varela. Recuperado de: <https://www.efdeportes.com/efd187/la-tercera-edad-como-desarrollo-humano.htm>

- Ortega, Cuesta & Días (1999) Propuesta de un Instrumento para la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en Familias Disfuncionales. Recuperado <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf05399.pdf>
- Ortiz, M. &. Louro, I. Proyectos de Intervención en Salud Familiar. Una Propuesta Metodológica. Tesis para optar por Maestría en Salud Pública. 1996. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(4):439-45
- Palomino y Peña (2018). Factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores, Curgos. Trujillo
- Papalia, D., Feldman, R y Martorell (2013) *Desarrollo humano*. México, D. F. McGraw-Hill
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R. & Camp, C. (2009) Desarrollo del adulto y Vejez. Recuperado de: https://www.academia.edu/25114536/Desarrollo_de_la_Aduldez_y_Vejez_3era_edici%C3%B3n_-_Papalia
- Quintero, G. Notas de conferencia. Investigación aplicada. Módulo Investigación Psicogerontológica. Maestría Psicología de la salud. Curso 1997-1998 Revista Cubana de Higiene y Epidemiología versión On-line ISSN 1561-3003
- Rocabruno, J., Prieto, O., Gerontología & Geriatria Clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas (1992); t1:5-9. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología versión On-line ISSN 1561-3003
- Roldan, A. (2008) “Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus Familiares en la comunidad de hermanitas descalzas 207”, Universidad Mayor de San Marcos; Facultad de Enfermería, Lima-Perú
- Salkind (1998). “Métodos de Investigación”, Prentice Hall, México.
- Salvarezza, L. (2000) “La vejez” Editorial Paidos. Buenos Aires Argentina.

- Sánchez, M. & col. (2004). *Psicología General y del Desarrollo*. Ciudad de La Habana. Editorial Deporte. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd187/la-tercera-edad-como-desarrollo-humano.htm>
- Satir, V. (1998). *Relaciones Humanas en el núcleo familiar*. Editorial PAX, sexta edición, México. Dos enfoques de la terapia familiar. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000189.pdf>
- Suarez, R. & Villena, R (2016) *Funcionalidad familiar y nivel de depresión del Adulto mayor*. Centro adulto mayor Essalud. GUADALUPE. Universidad Nacional de Trujillo. (Tesis de licenciatura). Recuperado de: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7699/1715.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Torres, I. (2013) *Depresión y Funcionalidad familiar en Adultos mayores*. Universidad Nacional de Trujillo. (Tesis de licenciatura). Recuperado de: http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/695/TorresMoreno_I.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Troncoso Pantoja, Claudia, & Soto-López, Nayadeth. (2018). *Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores*. *Horizonte Médico* (Lima), 18(1), 23-28. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n1.04>
- Valdés, A. (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en Terapia Familiar México: Editorial El Manual Moderno*
- Valladares, A. (2008). *La familia. Una mirada desde la Psicología*. *Medisur*, 6(1), 4-13. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319>
- Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000) *Depresión: diagnóstico, modelos Teóricos y tratamiento a finales del siglo XX*. *Psicología Conductual*. Vol. 8 (3). Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40581873/teorias_de_la_depresion.

Vygotski, L. (1989) Obras completas. Ciudad de la Habana, Editorial Pueblo y Educación.
Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd187/la-tercera-edadcomo-desarrollo-humano.htm>





ANEXOS

Consentimientos informados

Arequipa, 10 de septiembre del 2019

Departamento de Bienestar Social de la Universidad Católica Santa María

Arequipa. -

Referencia: Colaboración para el desarrollo de mi Tesis de Pregrado en Psicología

De mi mayor consideración: La presente investigación tiene como objetivo correlacionar la funcionabilidad familiar y la depresión en la muestra de adultos mayores del centro de Atención Primario Hunter en el 2019. El proceso consiste en aplicar 2 pruebas: La prueba de percepción del Funcionamiento Familiar FF-SIL y el Inventario de Depresión Beck BDI-2, garantizado que la información será confidencial y los cuestionarios serán anónimos. Sin otro particular, y en espera de la aceptación de mi solicitud, me despido de usted y agradezco de antemano la atención y comprensión que se le brinde al presente documento.

FIRMA

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Ficha técnica

Autor : Ortega, T., De la Cuesta, D. y Días, C.

Año : 1999

Tiempo de aplicación : 7 a 10 minutos

Población de aplicación : Mayores de 18 años

Este instrumento permite diagnosticar cómo va el funcionamiento familiar entre los miembros de una familia evaluando la dinámica a través de la percepción de un miembro.

Uno de los objetivos de la prueba es que sea sencilla y de fácil comprensión para que diferentes personas sin importar la escolaridad puedan resolverlo.

Calificación:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos y permite clasificar la familia en cuatro tipos:

- Familia funcional: 70 a 57 puntos.

- Familia moderadamente funcional: 56 a 43 puntos.
- Familia disfuncional: 42 a 28 puntos.
- Familia severamente disfuncional: 27 a 14 puntos.

Los autores de la prueba obtuvieron las siguientes categorías (Perez, et al., 1997):

Cohesión. Consiste en la unión de una familia tanto física como emocional para poder resolver conflictos cotidianos o no.

Armonía. Consiste en la interacción entre los intereses y necesidades que tiene cada miembro con la familia, en una dinámica positiva.

Comunicación. Los miembros de la familia tienen la capacidad de expresar sus experiencias y conocimientos en forma clara y directa.

Adaptabilidad. Tener la capacidad de cambiar de reglas, roles, estructura si se requiere en una situación determinada.

Afectividad. Demostrara sentimientos y emociones de forma positiva a los demás miembros de la familia.

Rol. Cada miembro de la familia cumple ciertas responsabilidades y funciones en el hogar.

Permeabilidad. Tener la capacidad de brindar y recibir consejos y experiencias de otras familias e instituciones.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo....
Ocupación..... Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual

- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Ficha Técnica

Nombre: Inventario de depresión de Beck II-(DBI-II).

Autores: Aron Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Año en la que se publicó: El cuestionario fue adoptada en lima Sur por Espinosa Estrada Ángela (2016).

Administración: Colectiva e Individual.

Significación: Evaluar el nivel de Depresión

Tiempo de aplicación: 10 minutos como máximo.

Grado de aplicación: Mayoría de edad.