



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTOR PROTECTOR DE LA DEPRESIÓN EN
USUARIOS DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE VILLA EL
SALVADOR

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTORA

NOELIA STEPHANIE MEZA RAMIREZ
ORCID: 0000-0003-3260-1444

ASESOR

DR. WALTER CAPA LUQUE
ORCID: 0000-0003-4342-9264

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

EL ADULTO MAYOR Y SUS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y BIENESTAR
PSICOLÓGICO

LIMA, PERÚ, DICIEMBRE DE 2021

DEDICATORIA

A mis padres, Víctor Meza Miranda y Betty Ramirez López, por su muestra de amor en cada palabra y abrazo que necesite. Así mismo, por su ejemplo de perseverancia y responsabilidad, por su sabiduría impartida a lo largo de este recorrido del saber. Y, sobre todo por su apoyo incondicional en cada decisión tomada a lo largo de mi etapa universitaria.

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. María Lucrecia Crúzate por la oportunidad, confianza y facilidad de poder llevar a cabo mi investigación en el Centro Integral del Adulto Mayor.

A mi asesor, el Dr. Walter Capa Luque quien con esfuerzo y dedicación nos enseñó, orientó y brindó el soporte para la elaboración de la presente.

A mi novio, Jorge Luis Espillco Cutipa por su compañía en esas largas noches de desvelo y mensaje de aliento.

A mis dos grandes amigas, Cinthya Gonzales Garnique y Beatriz Ríos Chambi por sus consejos, asesoramientos y apoyo en todo momento para el desarrollo de mi investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Realidad problemática	12
1.2. Justificación e importancia de la investigación	15
1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos	16
1.4. Limitaciones de la investigación	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de estudios	19
2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado	22
2.3. Definición conceptual de la terminología empleada	62
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y diseño de investigación	65
3.2. Población y muestra	65
3.3. Hipótesis	66
3.4. Variables – Operacionalización	67
3.5. Métodos y técnicas de investigación	69
3.6. Procesamiento de los datos	72
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	
4.1. Análisis de fiabilidad de las variables	76
4.2. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable	81
4.3. Contrastación de hipótesis	82
CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Discusiones	88
5.2. Conclusiones	93
5.3. Recomendaciones	94
REFERENCIAS	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

- | | |
|----------|---|
| Tabla 1 | Operacionalización de la variable funcionalidad familiar. |
| Tabla 2 | Operacionalización de la variable depresión. |
| Tabla 3 | Análisis de normalidad para las variables de estudio. |
| Tabla 4 | Matriz de estructura factorial de funcionalidad familiar. |
| Tabla 5 | Estadístico de confiabilidad de funcionalidad familiar. |
| Tabla 6 | Puntajes de las normas percentilares de funcionalidad familiar. |
| Tabla 7 | Matriz de estructura factorial de depresión. |
| Tabla 8 | Estadístico de confiabilidad de depresión. |
| Tabla 9 | Puntaje de las normas percentilares de depresión. |
| Tabla 10 | Niveles de funcionalidad familiar en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en función a edad. |
| Tabla 11 | Niveles de depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en función a edad. |
| Tabla 12 | Análisis de regresión logística binomial. |
| Tabla 13 | Correlación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios en función a edad. |
| Tabla 14 | Análisis de correlación entre funcionalidad familiar y depresión en función a estado civil. |
| Tabla 15 | Análisis de correlación entre funcionalidad familiar y depresión en función a tipo de familia. |

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTOR PROTECTOR DE LA DEPRESIÓN EN
USUARIOS DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE VILLA EL
SALVADOR**

NOELIA STEPHANIE MEZA RAMIREZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue conocer si la funcionalidad familiar constituye ser un factor protector de la depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor. El tipo de investigación fue no experimental, de diseño correlacional y corte transversal. Los resultados revelaron que la funcionalidad familiar es un factor protector de la depresión ($OR < 1$). Asimismo, se halló que 46% de la muestra presenta disfuncionalidad familiar y que el 45% sufre depresión entre moderada y severa. En cuanto al rango de edad, los dos últimos grupos etarios tienden a presentar mayor presencia de depresión severa. En lo que respecta a las variables con los datos sociodemográficos, se encontró que existe relación entre los tres grupos etarios (-.32 al -.64). Además, se aprecia que solo los que están separados y divorciados existe una correlación inversamente proporcional (-.75 y -.76). De la misma manera, se observa que solo la familia monoparental tiene una relación negativa. Por ello, se concluye que mayor funcionalidad familiar, menor será los síntomas depresivos en la vida del adulto mayor.

Palabras clave: funcionalidad familiar, depresión, adultos mayores.

FAMILY FUNCTIONALITY AS A PROTECTIVE FACTOR OF DEPRESSION IN USERS OF THE VILLA EL SALVADOR COMPREHENSIVE ADULT CENTER

NOELIA STEPHANIE MEZA RAMIREZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

The objective of this study was to know if family functionality constitutes a protective factor against depression in users of the Comprehensive Center for the Elderly. The type of research was non-experimental, correlational and cross-sectional design. The results revealed that family functionality is a protective factor against depression (OR < 1). Likewise, it was found that 46% of the sample presented family dysfunction and that 45% suffered from moderate to severe depression. Regarding the age range, the last two age groups tend to present a greater presence of severe depression. Regarding the variables with the sociodemographic data, it was found that there is a relationship between the three age groups (-.32 to -.64). In addition, it can be seen that only those who are separated and divorced have an inversely proportional correlation (-.75 and -.76). In the same way, it is observed that only the single-parent family has a negative relationship. Therefore, it is concluded that greater family functionality, less depressive symptoms will be in the life of the elderly.

Keywords: Family functionality, depression, older adults.

**FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA COMO FATOR DE PROTEÇÃO CONTRA A
DEPRESSÃO EM USUÁRIOS DO CENTRO INTEGRAL PARA IDOSOS DE VILLA EL
SALVADOR**

NOELIA STEPHANIE MEZA RAMIREZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMO

O objetivo deste presente estudo foi conhecer se a funcionalidade familiar constitui fator de proteção contra a depressão em usuários do Centro Integral do Idoso. O tipo de pesquisa foi não experimental, correlacional e transversal. Os resultados revelaram que a funcionalidade familiar é um fator de proteção contra a depressão ($OR < 1$). Da mesma forma, verificou-se que 46% da amostra apresentava disfunções familiares e que 45% sofriam de depressão entre moderada e grave. Em relação às variáveis com os dados sociodemográficos, verificou-se que existe relação entre as três faixas etárias (-.32 a -.64). Além disso, percebe-se que apenas os separados e divorciados apresentam uma correlação inversamente proporcional (-.75 e -.76). Da mesma forma, observa-se que apenas a família monoparental tem uma relação negativa. Portanto, conclui-se que maior funcionalidade familiar, menos sintomas depressivos serão na vida do idoso.

Palavras-chave: Funcionalidade familiar, depressão, idoso.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio brinda la problemática que existe acerca del incremento precipitado de las personas de la tercera edad, siendo una situación preocupante en diversas partes del mundo como en nuestro país debido a que este grupo etario necesita mejores respuesta de atención primaria y cuidado para una calidad de vida y salud mental óptima por parte de su nación, dado que es una población que al encontrarse en un envejecimiento paulatino, va enfrentándose diversos factores de riesgo tales como: comorbilidad, síndromes geriátricos, pérdida de las capacidades físicas o incapacidad, pérdida del rol en la sociedad, jubilación, fallecimiento del cónyuge, familiares o amistades, como también, temor a la muerte; poniendo en riesgo su estabilidad emocional, psicológica y física, favoreciendo a la aparición de un desencadenamiento de crisis depresiva en el individuo.

Por ello, la familia resulta ser un agente protector ante estos cambios que van experimentando los adultos mayores, ya que se convierte en una red de soporte y sirve de sostén en el tránsito por la vida. Por esta razón, se optó por la realización de la presente investigación. Cabe resaltar que, dentro de ella encontraremos cinco capítulos, que se encuentran descritas de manera ordenada.

El primer capítulo comprende la realidad problemática de la investigación, la cual engloba datos estadísticos a nivel mundial, latinoamericano y nacional, siendo estos datos de gran alcance e importancia puesto que permitió a la realización de la formulación del problema. Posterior a ello, se podrá hallar la justificación e importancia del estudio, de mismo modo se presentará los objetivos tanto general como específicos y las limitaciones encontradas en la ejecución del presente estudio.

Por otro lado, el segundo capítulo consiste en investigaciones precedentes no mayores de cinco años tanto internacionales como nacionales. Además, del desarrollo del marco teórico de ambas variables, puesto que buscan brindar un mejor sustento teórico. Seguidamente, se encontrará un listado de definiciones de palabras más resaltantes y utilizadas en la investigación

El tercer capítulo, se basa en el marco metodológico donde se brinda detalles importantes que dieron forma y estructura al estudio para su desarrollo, entre ellos; investigación no experimental, correlacional y corte transversal. Además, el número exacto de la población y la muestra evaluada, así como también los criterios de inclusión y exclusión empleados. Asimismo, se describe las tablas de operacionalización de las variables tanto conceptual como de medida. A su vez, la descripción de los instrumentos con su análisis de fiabilidad y validez que se ejecutó a través de un estudio piloto.

En el cuarto capítulo, se presentará los resultados obtenidos por medio de tablas con sus respectivas enumeraciones y textos descriptos, los cuales fueron estudiados a través del análisis estadístico de regresión logística y coeficiente de correlación de Spearman, con el propósito de poder constatar la hipótesis planteada de la presente.

En el quinto capítulo, contiene las discusiones y conclusiones en relación de los resultados hallados. Como también, las recomendaciones sustanciales en base a la problemática presentada. Finalmente, se anexará los documentos que se utilizaron para la ejecución del estudio.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

La depresión en las personas de la tercera edad es considerada como un problema de gran magnitud para la salud pública. A nivel mundial, es una enfermedad mental frecuente debido a que aqueja a unos 350 millones de individuos como informo la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012).

Por otro lado, OMS (2017) refiere que más del 20% de adultos mayores presenta algún trastorno mental, como la demencia y depresión, siendo común en este grupo etario. Además, Jonis y Llacta (2013) prevé que la segunda causa de discapacidad mental en el mundo será la depresión. Por lo que resulta alarmante puesto que una persona diagnosticada con depresión es tres veces más peligrosa a que realice una conducta suicida, visto que los casos de suicidio consumados han presentado el 80% cuadros depresivos (Baca y Aroca, 2014).

Asimismo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2019) informó que el suicidio es un tema muy complejo y que se encuentra estrechamente relacionado con la salud mental. Dado que cada año más de 700 000 personas se suicidan, lo que significa que un individuo se quita la vida cada 40 segundos con un aumento en el número de suicidios en América del Norte y el Caribe. Además, las personas de la tercera edad tienen más probabilidades de suicidarse (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Sin embargo, lo que distingue el comportamiento suicida de los adultos mayores es que realizan menos esfuerzo que los jóvenes, siendo más efectivos, dando menos señales de advertencia y utilizando métodos más mortales, tales como: el envenenamiento, la asfixia o armas de fuego (Calderón, 2018).

Por esta razón, la familia es un pilar fundamental de sustento físico, afectivo y económico para el adulto mayor, así como también el principal núcleo de convivencia en la vejez. La funcionalidad familiar será determinante en la vida del adulto mayor para su supervivencia, debido a que es un componente relevante para el desarrollo o prevención de enfermedades tanto mentales como físicas (Bustos y Sánchez, 2011).

Cabe mencionar que esta población está en aumento en la actualidad, a consecuencia que la esperanza de vida con el tiempo ha tenido un acrecentamiento significativo en las personas mayores de 60 años, estimándose que para el 2025 en las Américas ascenderá un 18% (Pan American Health Organization [PAHO], 2012). Análogamente, la OMS (2021b) indica que existirá un aumento de este grupo etario, estimándose que para el 2050 la población anciana se habrá duplicado en número. Además, la Organización de las Naciones Unidas (2019) refirió que se evidenciará un crecimiento precipitado en los próximos años, viéndose afectado distintos continentes del mundo, tales como: África donde población mayor se duplicará del 5% al 11% para el 2050, de igual manera en Asia Occidental que se cuadruplicará, llegando alcanzar el 19% de personas mayores de 60 años aproximadamente. De igual modo, para América Latina y el Caribe, donde pasará del 10% al 25%, estimándose 188 millones de personas ancianas. Cabe resaltar que el Instituto de Política Familiar (IPF, 2018) informa que uno de cada cinco europeos (19.2%) tiene más de 65 años y el 5.1% son mayores de 80 años, siendo Europa la sociedad más longeva del continente.

A nivel latinoamericano, CEPAL (2017) refirió que siete países como El Salvador, Nicaragua, Panamá, Ecuador, Venezuela, República Bolivariana y Perú tendrán un 20% adultos mayores para el 2045.

A nivel nacional, el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI, 2021) afirmó que el 13% de la población son adultos mayores. En cuanto a la conformación de los miembros del hogar, el 39.1% vive al menos con un adulto mayor, siendo el área rural con mayor presencia con un 42.6%, seguidamente por 41.6% por Lima Metropolitana. Respecto a la conducción del hogar por una persona de la tercera edad es un 25.9%, teniendo mayor presencia la mujer con un 28.9% y 24.3% jefe hombre.

Por otro lado, Martina et al. (2017) buscaron identificar la prevalencia de depresión y sus factores asociados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014 – 2015, donde hallaron que la incidencia de depresión en adultos mayores peruanos fue de 14%, en cuanto a los factores de riesgo encontrados fueron: ser mujer, mayor de 75 años, sin educación, vivir sin pareja, ser de condición económica baja, residir en el área rural y tener alguna discapacidad. Años después, Baldeón-Martínez et al. (2019) realizaron un análisis de la ENDES, donde encontraron en el 2017 que el índice de depresión entre los adultos mayores en Perú fue de 14,2%. Adicionalmente, Saenz-Miguel et al. (2019) hallaron que el 40.7% (151) adultos mayores presentaron depresión de las once localidades altoandinas del Perú evaluadas.

Por otro lado, Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM, 2012) realizó un estudio epidemiológico de la depresión en el Perú, hallando una prevalencia de 6% y 10% anualmente, siendo Lima una de las ciudades que más resaltantes. Además, se estimada que más de 1 millón 700 mil individuos padecen de síntomas depresivos en el país. Asimismo, señaló que una de cada veinte personas que padece depresión, una intenta suicidarse, una de cada veinte que intenta suicidarse, una lo logra (INSM, 2014).

En cuanto, en el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP, 2015) identificó que el distrito con mayor población de adultos mayores es San Juan de Lurigancho, seguido por San Martín de Porres y ocupando el décimo puesto Villa El Salvador, con una población de 35 mil adultos mayores en la zona urbana.

Sin embargo, este distrito no cuenta con investigaciones que revelen como se encuentra este grupo etario. Además, teniendo en cuenta los índices que se observan en estudios anteriores, como también siendo una población que evidencia un crecimiento demográfico precipitado, vulnerable y expuesto a riesgos en su proceso de envejecimiento. Por ello, este estudio se enfoca a responder la siguiente pregunta: ¿En qué medida la funcionalidad familiar constituye es un factor protector de la depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

La depresión es un trastorno emocional que afecta en gran medida a las personas, especialmente a los adultos mayores quienes se encuentren en una situación de vulnerabilidad con el correr de los años debido a que atraviesan por diversos cambios en su nueva etapa de vida.

Es por ello, que la presente tiene como pertinencia teórica, coadyuvar a un mayor conocimiento actual respecto a las variables en mención en la psicología peruana como ciencia. Así mismo, podrá tomarse a manera de referencia para posteriores investigaciones, tanto a nivel nacional como de Lima Sur y jurisdicción.

A nivel metodológico, se realizó una revisión psicométrica para examinar las evidencias de confiabilidad y validez de constructo interno de ambos instrumentos, a través de un estudio piloto en una muestra semejante al del estudio.

A nivel práctico, la información generada resultará útil para los intereses públicos y de salud, que tienen como objetivo el envejecimiento activo, saludable y seguro que promueven una mejor calidad de vida. También, servirá como referencia para los profesionales de la salud, familiares y cuidadores sobre la importancia de una adecuada dinámica familiar para la prevención de enfermedades mentales, como la depresión.

Finalmente, a nivel social se brindará datos reales acerca de este grupo etario, es por ello que los resultados obtenidos del proyecto serán entregados al municipio correspondiente, para las acciones correctivas y preventivas con el mejoramiento de la salud mental en los adultos mayores.

1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos

1.3.1 General

Determinar en qué medida la funcionalidad familiar constituye ser un factor protector de la depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador.

1.3.2 Específicos

- a) Identificar el nivel de funcionalidad familiar en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador en función a edad.
- b) Identificar el nivel de depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador en función a edad.
- c) Identificar la relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a edad.
- d) Identificar la relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a estado civil.

- e) Identificar la relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a tipo de familia.

1.4. Limitaciones de la investigación

Bajo la coyuntura sanitaria que atraviesa actualmente nuestro país, y la disposición establecida en el Decreto Supremo N° 044-2020-PCM (Congreso de la República del Perú, 2020) declarando en Estado de Emergencia a nivel territorial y nacional; además, el aislamiento e inmovilización social obligatoria, con el fin de tomar medidas de protección para la población frente a la amenaza del COVID-19 y especialmente en los grupos de riesgos como los adultos mayores, hicieron que se dificulte poder llegar a la muestra estimada.

Por tanto, la presente investigación se llevó a cabo el segundo periodo de evaluación entre el mes de febrero y marzo del 2020. Obstaculizando la ejecución de la programación establecida de un intervalo de tiempo de tres meses. Tal como se había realizado en una primera instancia, entre el mes de octubre a diciembre del 2019 en el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito de Villa El Salvador perteneciente al ámbito geográfico de Lima Sur.

Cabe indicar que los resultados obtenidos se podrán generalizar con el cuidado correspondiente, tomando en consideración las limitaciones propias del diseño del estudio o el muestreo empleado. Por otra parte, en cuanto la obtención de los recursos bibliográficos o materiales informativos, se presentó limitaciones para la adquisición de información física. Por ello, se optó por la utilización de fuentes bibliográficas de libros, revistas, base de datos electrónicos y fuentes virtuales. Finalmente, no se necesitó ser financiado por alguna institución ni persona externa, sino por la propia investigadora.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

2.1.1. Internacionales

Viteri et al. (2019) analizaron la asociación entre funcionalidad familiar y autoestima en personas adultas mayores en situación de maltrato. Por ello, se empleó una muestra de 32 usuarios de 65 años a más, de ambos sexos y sin deterioro cognitivo del sector de Mapasingue en Guayaquil, Ecuador. Aplicaron el Inventario de autoestima de Coopersmith, State examination, Funcionamiento familiar (FF - SIL), el Test Mini Mental y entrevista personal. En cuanto a los resultados obtenidos, encontraron que existe una correlación entre funcionamiento familiar, autoestima y maltrato. Así mismo, se halló que el 67% son de familias disfuncionales, el 19% son muy disfuncionales y el 14% funcionales.

Segura-Cardona et al. (2018) buscaron identificar la depresión en relación a factores demográficos, funcionalidad y salud, en una muestra de 1514 adultos mayores comprendidos entre Barranquilla, Medellín y Pasto, ciudades de Colombia. Utilizaron la Escala de Depresión Abreviada Geriátrica Yesavage, Escala de Lawton y Brody y, el instrumento de Barthel. Se encontró una diferencia significativa entre los varones y mujeres, siendo 72% del género femenino que presentó un mayor porcentaje de síntomas depresivos. De igual manera, para los adultos mayores que no estaban casados con un 58% y 64% que solo han tenido un nivel de educación primaria.

Troncoso y Soto (2018) tuvieron como finalidad relacionar la funcionalidad familiar, bienestar psicosocial y autovalencia de adultos mayores. Participaron 60 personas, entre ellos, 51 mujeres y 9 varones de la comuna de Huechuraba, Santiago de Chile. Se utilizó el Apgar Familiar, Examen Funcionalidad del adulto mayor y la Escala de Whoqol-Bref.

Se encontró que el 70% pertenecen a familias altamente funcionales y solo 3% a familias disfuncionales. Se halló la asociación entre salud psicológica y relaciones personales debido a que presentan una adecuada dinámica familiar y una mejor calidad de vida. Sin embargo, no para la funcionalidad familiar y la salud física.

Tartaglini et al. (2017) analizaron el índice de la depresión geriátrica y alexitimia en personas de la tercera edad. Contaron con una muestra de 176 personas independientes y mayores de 60 años en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Emplearon los instrumentos de la Escala latinoamericana Alexithymia LAC TAS-20 y el Cuestionario Yesavage Geriatric. Hallaron que el 35.8% presenta depresión entre leve, moderada y severa, y el 50.6% alexitimia. Así mismo, el género femenino tiene mayor presencia de asocia a la depresión como también, los participantes que no laboran. Además, se observó altos valores de alexitimia en personas mayores que tienen bajo nivel ocupacional y educación primaria.

Escalona y Ruiz (2016) tuvieron como finalidad determinar el estado de salud mental y funcionamiento familiar. La muestra estuvo constituida por 120 personas de ambos sexos, 98 mujeres y 22 hombres de edades que oscilan entre 65 a 89 años de la Casa del Adulto Mayor de la localidad de Melchor Ocampo, México. Se utilizó el SCL – 90 – R, la escala de Clima Social en la familia, y el inventario de depresión Beck. Se observó que el género femenino presenta mayor sintomatología como ansiedad fóbica, obsesiones, somatización y depresión a diferencia de los varones, y solo el 5% de mujeres presenta depresión severa. En cuanto a funcionamiento familiar se encuentran ambos sexos en un nivel promedio indicando que la familia cubre sus funciones asignadas.

2.1.2. Nacionales

Pahuara (2019) busco determinar la percepción de funcionalidad familiar en participantes mayores de 60 años, en una muestra de 124 usuarios del Centro de Salud del Cercado de Lima, Perú. Se aplicó el instrumento APGAR para medir el nivel de funcionalidad familiar. Los resultados revelaron que 55% tienen una saludable función familiar, el 28% leve disfuncionalidad familiar y 8% funcionalidad familiar severa. Por lo que se concluye, que existe un adecuado funcionamiento familiar en los usuarios evaluados.

Showing (2019) analizó el funcionamiento familiar y su relación con la felicidad en usuarios de una localidad, teniendo como muestra 169 adultos mayores del sexo femenino de la localidad de Huánuco. Los instrumentos utilizados fueron; la escala de la felicidad y la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III. Se halló que respecto a funcionalidad familiar el 62.7% tiene un nivel promedio y 24.9% valor alto. Finalmente, se determina que no existe relación entre el felicidad y funcionamiento familiar.

Cruz (2018) analizó la correlación entre funcionamiento familiar y maltrato al adulto mayor en una muestra de 60 participantes de ambos sexos del Centro del Adulto Mayor de Santa Cruz, Cajamarca. Se utilizó el cuestionario para medir el maltrato y el test de APGAR. Se halló que existe correlación altamente significativa entre funcionamiento familiar y maltrato. Así mismo, el 15% son de familia de disfuncionalidad moderada y el 3.3% severa. Se concluye, que los primeros agresores de maltrato al adulto mayor son los propios integrantes del miembro familiar, tales como; la pareja, hijos, yernos y nueras.

Ramírez (2018) buscó determinar la correlación entre el funcionamiento familiar y la situación socio familiar en adultos mayores. Participaron 50 usuarios quechua hablantes de ambos sexos de la Asociación Rayitos de Sol Nuevo Lurín, Lima. Se utilizaron el cuestionario de Funcionamiento Familiar FF – SIL y la Escala de Gijón. En cuanto a los resultados, se halló que el 30% de la funcionalidad familiar son disfuncionales y el 28% severamente disfuncionales. Se concluyó que el funcionamiento familiar de este grupo etario es disfuncional.

Chero y Villena (2016) tuvieron como objetivo de relacionar la funcionalidad familiar y nivel de depresión en adultos mayores. Contaron con una muestra de 60 beneficiarios de ambos géneros del Centro Adulto Mayor Essalud de Guadalupe, Trujillo. Se utilizó el test de Apgar y Yesavage. Se halló relación altamente significativa entre funcionalidad familiar y depresión ($p < .00$). Así mismo, se encontró que el 48.3% presenta disfunción familiar de nivel leve, seguida del 25% disfuncionalidad familiar moderada, el 15% disfuncionalidad familiar severa y el 11.7% no presentó disfuncionalidad familiar. En cuanto a nivel de depresión, el 48.3% presentó un nivel moderado, 41.7% un nivel leve y 10% severa.

2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado

2.2.1. Funcionalidad familiar

Definición conceptual de familia.

A lo largo del desarrollo de la historia, el término familia se ha visto como objeto de estudio de diversas disciplinas, intentando poder explicar y comprender el funcionamiento de las relaciones humanas (Sánchez, 2012). Esta misma idea, es compartida por Huerta (2005) refiriendo que resulta difícil establecer un concepto

especificó, por la existencia de diversos enfoques científicos que intentan determinar este término. Por ello, Gennarini (2016) afirma lo anunciado anteriormente, que no existe una definición de familia, teniendo como base de sustento el informe de la Organización de las Naciones Unidas por el percepto del derecho humano internacional. Por consiguiente, se ha citado las siguientes definiciones postulados por diversos autores:

Veschi (2018) la etimología de la familia procede del latín *famulus*, que significa “*esclavo o sirviente*”, antiguamente esta expresión se le conocía al grupo personas que pertenecían como patrimonio del amo o patrón. Asimismo, se asoció a esta palabra el término *fames* “hambre” de manera que se entendía como conjunto de individuos que se alimentaban juntos en la misma casa de un páter familias. Tiempo después, se fue ampliando en su campo semántico e incluyendo a la esposa e hijos. En cambio, si lo vemos desde un punto de vista jurídico, hace referencia a la unión de dos individuos a través del matrimonio, concubinato o procreación; estableciendo relaciones jurídicas familiares, que constituyen un conjunto de derechos, deberes y obligaciones recíprocas (Treviño, 2017).

En cuanto, para el Diccionario de la lengua española (DLE, 2014) define a la familia como: grupos de personas emparentadas que conviven juntas y comparten un mismo antepasado o descendientes en común. Sin embargo, para Lacan (1977) refiere que el concepto de familia es un grupo natural de personas unidas por una doble relación, por un lado, la generación y por el otro, la interacción entre los miembros familiar. No obstante, para Reusche (2009) la familia esta conformada por un sistema básico de interacciones humanas y brinda a su miembro familiar la satisfacción de sus necesidades básicas.

Ahora bien, para Giddens (1998) una familia es un conjunto de personas directamente relacionadas entre sí, y sus miembros adultos son responsables del cuidado de los hijos. Esta misma idea es compartida con Camejo (2015) la familia es un grupo de individuos unidos por un vínculo conyugal, consanguinidad, parentesco o adopción, donde los miembros interactúan entre sí, como también construyen y conservan una cultura común. Mientras tanto para Jelin (1998) la familia es la institución social que tiene como eje principal; la regularización, organización y asignación al sentido social y cultural e incluye también, a la vida cotidiana. Además, Buttiglione (1999) considera la familia como una dimensión esencial para la existencia del individuo; siendo este medio el más inmediato y existente para la comunión de sí misma y para con los demás.

En cuanto para el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP, 2016) refiere que es grupo de personas vinculadas por lazos congénitos como de afinidad, donde van asumiendo diferentes roles y funciones que a la larga repercuten en la forma de ser de cada uno de ellos. Así mismo, forma parte de un componente primordial dentro de la sociedad y la protección que el estado propio le brinda. De manera similar, Salud Sin Límites Perú y Medicus Mundi Navarra (SSLP y MMN, 2012) define como el espacio donde cada miembro se desarrolla de manera social como cultural. Finalmente, Fonseca (2017) refiere que las familias en el mundo son consideradas como la base primordial de la sociedad, esto significa que el nivel de organización y desarrollo en ellos se debe a que pertenecen a un grupo de personas unidas por lazos sanguíneos, que parten desde el nacimiento donde se implantan elementos tales como el cariño, solidaridad y colaboración entre todos.

Definición conceptual de funcionalidad familiar.

A continuación, se definirá el concepto de funcionalidad familiar de diferentes puntos de vista por parte de los autores, con el fin que sea entendible para el público investigador o lector.

McCubbin y Thompson (1987) refirieron que la funcionalidad familiar es un conjunto de cualidades que explica la forma en cómo opera, comporta y valora la familia. En cambio, para Smilkstein (1978) la funcionalidad familiar se caracteriza por el apoyo y cuidado que da y recibe un miembro dentro de la propia familia.

Sin embargo, Espejel (1997) define la funcionalidad familiar como la forma en que las familias emplean estrategias para cumplir con sus funciones esenciales. Además, de mantener la estabilidad y congruencia ante la presencia de eventos o cambios que la afecten, donde van afrontando, resolviendo y superando los diferentes ciclos de vida. También, es entendida como la capacidad que tienen las familias para promover la estabilidad y coherencia en cuanto a los acontecimientos que puedan poner en peligro el funcionamiento familiar, y que puedan ser generadores de enfermedades en algún miembro (García-Madrid et al., 2007). Incluso, Pahuara (2019) lo conceptualiza como las capacidades que tienen las familias para poder enfrentar los diferentes cambios que van ocurriendo, de las cuales fortalecerán los lazos y mantendrán su salud mental dentro de ellas.

En cambio, para Ferrer-Honores et al. (2013) la funcionalidad familiar es cuando cada miembro va cumpliendo un rol fundamental dentro de ella, ya que está conformado por lazos afectivos y se verá reflejado en la cohesión y la adaptabilidad de la familia, donde juntos deberán superar los problemas evolutivos.

Por otro lado, Aguilar (2017) señala que la particularidad de una familia funcional está estrechamente relacionada con la estructura de la familia, su grado de conexión, bienestar individual y familiar. Además, el grado de flexibilidad y su respuesta eficiente ante un conflicto.

Por último, León y Sihuacollo (2015) mencionan que la funcionalidad familiar es la manera en que cada integrante es capaz de poder organizarse, asumir responsabilidades, tomar decisiones, generar energías para superar y fomentar la autorrealización, la autonomía y los espacios adecuados para desarrollarse; es por ello que los adultos mayores requieren de especial atención puesto que su salud física, mental y emocional se encuentran cambiando de manera progresiva debido al envejecimiento progresivo que va atravesando. Asimismo, Huamán y Pauyac (2019) menciona que la funcionalidad familiar se desarrolla en base a las dinámicas dentro de ellas, en el que se ve el establecimiento de las relaciones e interacciones entre cada uno de los miembros donde expresan su forma de pensar, sentimientos y emociones entre sí.

Modelo teórico de la funcionalidad familiar.

Modelo Terapéutico Estructural.

Salvador Minuchin desarrolló el modelo estructural de terapia familiar entre los años 1970 a 1979, tras un estudio que realizaba en su práctica clínica sobre los problemas de salud mental en una población marginada estadounidense. Él laboraba como psiquiatra en Witwicky en Nueva York, siendo su preocupación la reincidencia a la institución de jóvenes que habían sido rehabilitados hace poco, esto era debido a los problemas que presentaban dentro de su entorno familiar. Siendo por esa razón, la

necesidad de ejecutar de formas concreta, estrategias de intervenciones terapéuticas, tomando nuevas alternativas a la que denomino “*más acción menos habla*”, y reformando la técnica de Rol-playing, la cual está basado en la ejecución de acciones para el hogar, que sirvieron mucho para resaltar la obtención de un adecuado diagnóstico y tratamiento (Sánchez, 2000).

Por otro lado, Desatnik (2004) señala que este modelo está orientado en la inclusión del contexto y compromiso de cada uno de los miembros del hogar, así como su relación de los síntomas que aparecen durante el tiempo, buscando comprender el efecto que genera el síntoma dentro de la interacción de la familia con el fin de observar la repercusión dentro del equilibrio del grupo.

Ante ello, Minuchin (2003) destacó a la familia como un componente relevante dentro de grupo social, dado que determina el tipo de respuesta que tienen los miembros que la componen, esto se debe por el tipo de protección psico-social en base a la transformación cultural. Por ello, el sistema de la familia opera bajo pautas transaccionales, enfocada en el establecimiento de la manera en cómo, cuándo y con quien se relacionan, las cuales tienen un inicio dentro del grupo familiar. Por lo que refiere que las pautas transaccionales que tienen como objetivo regular la conducta de cada persona que conforma la familia, la cual se divide por dos sistemas, uno genérico que implica el desarrollo de reglas universales dentro de la organización familiar. En tanto, al segundo sistema es el idiosincrático que es la manera como las experiencias y expectativas de cada uno se relacionan con acontecimientos diarios.

En cuanto al diagnóstico, se debe considerar lo siguiente elementos dentro de la estructura familiar:

- a) Límites: está constituido principalmente por las reglas y la manera en que las definen, con el fin de proteger y tener claro el sistema familiar. Por ello, el autor destaca que es necesario considerar que cada miembro son dos extremos entre los límites difusos y rígidos.
- b) Subsistemas: es la composición de cada miembro para desarrollarse, la cual está conformada por el tipo de generación, función, genero, edad, entre otros. Sin embargo, es necesario resaltar que su desarrollo se da por las conductas genéricas o individuales.
- c) Jerarquías: son las posiciones de cada uno dentro de la estructura familiar y enmarca la subordinación de un miembro respecto dentro del otro. En el que se definen el poder en función a los roles dentro de las generaciones.
- d) Alianzas: es la designación por afinidad entre los miembros, haciendo referencia a la experiencia, interés, actitud o percepción de cada uno.
- e) Coaliciones: Se puede mencionar como la oposición al sistema familiar, que involucra indistintamente los miembros aliados en contra de otro, que es interpretada como conflicto.
- f) Triángulos: su objetivo es equilibrar las funciones dentro del sistema, en base al sentido de equilibrio.

Teoría general de sistemas.

Según Ramirez (1999) refiere que Ludwig en su teoría se vincula con la capacidad de generar, transmitir energía y sustancias, que le permite crear una armonía o un estado estable dentro del sistema, por lo que producir un sistema funcional, después esto se relaciona al estudio social brindándole el concepto de sistema a todo aquello que

conforme y se relacionen socialmente al individuo que instituye durante su vida. Esta teoría considera que el todo es más importante que las partes, con un sólido hincapié en la totalidad, donde analiza al individuo con deficiencias en relación directa con su entorno, lo cual conforma un paradigma cíclico, por su hincapié en la retroalimentación y en interrelación. Es decir, la familia es un sistema activo, por lo que cualquier tipo de tensión ya sea origina por los hechos que se producen en el entorno familiar como la pérdida del cónyuge, familiar o amistades, mudanza, enfermedad, etc. Todo esto afectará tanto al sistema como en el funcionamiento familiar. Por ello, estos cambios requieren un proceso de adaptación, cambios e interacciones y reglas dentro de la dinámica familiar para mantener la continuidad y desarrollo de la familia y, por otro lado, permitir que los grupos familiares crezcan dentro del entorno interno como externo.

Por otra parte, en la teoría de las necesidades de Cumming y Henry, según Pahuara (2019) señalan que la persona de la tercera edad que se encuentre en aislamiento tanto de su familia como también de la sociedad, está expuesto al incremento de factores de riesgo. El distanciamiento, los priva de soporte emocional, físico y financiero. El apoyo y el afecto de los parientes y los amigos más que los contactos sociales brindarán un sentido a su vida y calidad de vida en las personas de la tercera edad.

Además, la teoría Marilun Friedman efectuó una serie de contribuciones en su guía estructural sobre el manejo familiar, en donde se examina las peculiaridades de la conformación familiar a través de la constitución, las relaciones funcionales y empáticas en lo que cada integrante de la familia desarrolla para lograr un bien común (Chero y Villena, 2016).

Tipología familiar.

En primer lugar, partiremos del modelo de atención integral a la salud familiar y comunitaria desarrollado por el SSLP y MMN (2012) que muestra que las familias se componen de la siguiente manera:

- a. Nuclear: está constituida por un varón y una mujer en matrimonio, ya sea civil o religioso, con o sin hijos.
- b. Monoparental: está compuesta por un jefe hogar con un hijo, ya sea la mamá o el papá, con la que comparte su hogar al lado sus padres u otro miembro de su familia, o amigos.
- c. Ampliada: es el conjunto familiar conformado por todos los miembros, tantos padres, hijos, hermanos, primos, tíos, abuelos entre otros.
- d. Reconstituida: es la conformación de una nueva familia, ya sea con un hijo de alguno de los dos progenitores, esto puede deberse a causas como el divorcio, fallecimiento, engaño entre otros.

Seguidamente, el INEI (2017) dentro de uno de sus estudios, señaló que los tipos de hogares en el Perú, están constituido de cinco maneras, las cuales se explicará a continuación.:

1. Hogares nucleares: se trata de una familia con un vínculo conyugal, ya sea con hijos o sin hijos.
2. Hogares unipersonales: el hogar está conformado por un solo jefe hogar con un hijo o una hija.
3. Hogares extendidos: constituyen un núcleo familiar completo o incompleto. Además, convive con otros parientes de algunos de los familiares, en los que se excluye los

lazos de amistad y solo se mantiene el vínculo familiar o de parentesco existentes en el mismo lugar.

4. Hogares compuestos: es la relación matrimonial tanto íntegro como incompleto, donde comparten el hogar con otros miembros que no son necesariamente su familia sino, de afinidad.
5. Hogares sin núcleo conyugal: está conformado por dos o más personas, sean o no parientes de la familia.

Por otra parte, los autores Kaïm (2020) y Sáenz (2017) refieren que el tipo de familia es un grupo social representado por un conjunto de individuos de diferente sexo y edad, que se encuentran vinculados entre ellos, ya sea por razones consanguíneas, jurídicas y consensuales, la cual será especificará a continuación:

- a) Familia nuclear o elemental: constituida por ambos progenitores e hijos, ya se dé por descendencia biológica o miembros adoptados por la familia.
- b) La familia monoparental: es aquella parentela que está integrada por un progenitor, conocido como el papá o mamá y los hijos. Esto puede darse por diversos orígenes como por fallecimiento, divorcio o separación.
- c) La familia reconstituida o compuesta: está constituida por dos adultos previamente separados de su familia inicial, se hacen cónyuges y al menos uno de ellos tiene hijo o hija de su compromiso anterior, viviendo juntos en el mismo domicilio.
- d) La familia extensa: está formada por más de una familia nuclear, se extiende a través de sus generaciones, incluyendo parientes como abuelos, tíos, cuñados, primos, sobrinos, etc. Siempre y cuando residan bajo el mismo techo, sea este por parentesco o consanguinidad.

Dimensiones de funcionalidad familiar.

En cuanto a la construcción y validación del instrumento de funcionalidad familiar, tenemos a Pérez et al. (1997) quienes lo dividen en siete dimensiones las cuales lo describiremos a continuación:

1. **Cohesión:** es la alianza de la familia a nivel físico como emocional, que permite que los miembros puedan enfrentar situaciones y sean más precisos a la hora de tomar decisiones.
2. **Armonía:** se basa en las necesidades de cada miembro, buscan mantener de manera positiva el equilibrio emocional en base a las necesidades de ellos.
3. **Comunicación:** es la manera como la familia se comunica o transmite sus conocimientos y experiencias de forma precisa y clara.
4. **Adaptabilidad:** son las competencias que tiene cada familia para asumir nuevos roles y reglas ante nuevos acontecimientos.
5. **Afectividad:** la familia expresa lo que siente a cada uno de los miembros.
6. **Rol:** cada miembro de la familia asume un rol fundamental en el hogar, las cuales en ocasiones son negociables o cambiantes.
7. **Permeabilidad:** se da la percepción de cómo interactúan y experimentan con otras familias.

Por otro lado, Ortega et al. (1999) dentro de su propuesta de aplicación de la prueba para familias disfuncionales, definió a las dimensiones del test de la funcionalidad familiar, de la siguiente manera:

- a. **Cohesión:** es la unión de la familia de forma física y emocional, la cual ayuda a que pueda afrontar situaciones cotidianas y tomar decisiones adecuadas.

- b. Armonía: se va forjando el equilibrio emocional de la familia, en base a los intereses y necesidades de cada uno de ellos.
- c. Comunicación: se da cuando toda la familia va expresando de manera específica y directa sus ideales.
- d. Permeabilidad: se observa cómo cada miembro de la familia reciben y brindan experiencias de su vida para que otros lo tomen de referente.
- e. Afectividad: se da cuando la familia va demostrando sus emociones y sentimientos a otros del miembro familiar.
- f. Roles: se ve el cumplimiento de los deberes y responsabilidades que tiene cada miembro en la familia.
- g. Adaptabilidad: la capacidad que tiene la familia para poder afrontar y asumir nuevos roles en cualquier situación que se presente.

Finalmente, en la investigación realizada por Turpo y Vásquez (2017) menciona que la funcionalidad familiar está compuesta por:

- a. Cohesión: se evalúa la dinámica familiar, y como estos lazos influyen en la forma de actuar y sentir de cada uno de ellos.
- b. Armonía: se da a través de cómo equilibran los intereses y necesidades de cada uno de los miembros.
- c. Comunicación: juega un papel fundamental en la familia, debido a que permite saber cómo cada uno de los miembros familiar transmite lo que piensa y siente, debido a que si no está realmente adecuada generará patrones de disfuncionalidad.
- d. Permeabilidad: evalúa cada persona de la familia si es tan flexible y tolerante para aceptar las experiencias vividas de otro miembro.

- e. Afectividad: es una de las más importantes dimensiones, ya que está en específica permite conocer como un miembro acepta la manera en como los otros demuestran sus sentimientos y emociones, ya sea positiva o negativa.
- f. Roles: se da cuando un miembro designa las obligaciones o deberes dentro de su hogar, en el que deberán cumplir con lo requerido en el lapso planteado, aunque también se puede negociar, pero esto variará según el tipo de familia.
- g. Adaptabilidad: la familia va adoptando y cediendo antes los cambios, ya sea por reglas, circunstancias, edades, funciones, entre otros; ante una posible necesidad de generar un cambio para poder sobrellevar dicha crisis.

Niveles de funcionalidad familiar.

Para Rodríguez y Romero (2011) refiere que el funcionamiento de la familia está enfocado en cómo la familia se desarrolla de manera dinámica entre ellos, fomentando un adecuado bienestar y capacidad para poder superar situaciones complicadas, la cual sería reconocida como prevención de la disfuncionalidad.

Por ese motivo, Carreras (2014) menciona que la funcionalidad familiar es la manera en como todos los miembros de la familia se animan a relacionarse externamente dando a sus integrantes apoyo y regulación para el desarrollo individual y relacional del individuo; aparte de lo mencionado se dice que las características propias de la familia hacen que su funcionamiento sea correcto. Por ello, dentro de los niveles de la funcionalidad familiar, se sabe que existen dos polos, los cuales tienen características y formas de interactuar diferentes a las estimadas; por ende, es necesario diferenciar y describir ambas. Siendo por ese motivo, que brindaremos algunos indicadores que nos podrán orientar y brindar una idea más clara sobre lo mencionado en líneas anteriores.

Familia funcional.

Cabe resaltar que en los adultos mayores estos atributos varían debido a la composición familiar de donde provienen (Tello, 2015). También, genera que sus vínculos afectivos sean saludables para poder interactuar entre ellos a la que denominan cohesión. Asimismo, esta permite que se puedan modificar las estructuras de su familia con el objetivo de superar las dificultades o cambios dentro de ella, la cual es denominada adaptabilidad (Olson et al., 1989). Además, tienen la capacidad para mantenerse congruentes y estables antes los problemas desestabilizantes, la cual si bien es cierto afecta su núcleo, esta no se deja decaer ya que mantienen su estado de salud mental de manera equilibrada (Pahuara, 2019).

Familia disfuncional.

Se da cuando la propia familia no cumple con sus roles y deberes establecidos dentro de su hogar, ya que están conformadas por miembros que presentan conductas inmaduras, las cuales limitan su desarrollo y que no se fomente un adecuado bienestar, donde su equilibrio es totalmente desestabilizador (Hunt, 2007).

En cambio, desde otro punto de vista para Báez (2013) las familias disfuncionales no son a causa de padres separados, sino que está representado por personas que muestran una dependencia muy fuerte, la cual hace que cada conflicto sea grande, no se adapten y hasta presenten un tipo de violencia o abuso. Sin embargo, Carreras (2014) menciona que estas familias son así porque no han tenido la habilidad para poner límites, ya que algunos miembros son muy drásticos e influenciadores, por lo que no permiten que otros de sus miembros sean independientes en las decisiones y acciones que realizan, además de que generan sentimientos negativos.

Función de la familia.

La función de la familia se define en la eficacia de la familia a través de la afectividad que crea un equilibrio, orden y unidad frente a las exigencias del ciclo vital del individuo (Staccini et al., 2015). De la misma manera, está regida por cómo se adaptan a circunstancias y como se demuestran afecto entre cada uno de ellos, fomentando cercanía, afectividad y unidad familiar (Olson, 2000). Por ende, bajo estas afirmaciones sobre lo que es la funcionalidad familiar, existe la interrogante de cuál es el sentido de su composición, dado a que resulta complicado y controversial poder dar a conocerlo, debido a los cambios precipitados que se dan en la actualidad (Puello et al., 2014).

Además, Bermúdez y Brik (2010) afirman que la composición de la familia no solo se basa en el tipo sino también en la relación de parentesco como lo es el biológico, cultural, social, legal y sanguíneo; cabe mencionar que estas varían según las características de su vinculación. Por ese motivo, es de suma importancia conocer de evidencia empírica en este tema.

Cabe mencionar, que Tamayo-Megret y Martín-Cala (2013) proponen cuatro funciones dentro de la familia, las cuales son:

- Biosocial: interviene en la forma en cómo se da cariño entre cada miembro, y la manera en cómo se protegen cada uno de ellos dentro la dinámica familiar.
- Económica: se refiere a la garantización de una estabilidad económica, donde se dé el cumplimiento de adecuados servicios y bienes, como el cuidado de la salud de los integrantes de la familia.

- Espiritual-cultural: está varía según las creencias de la familia y a la cultura de donde provienen.
- Educativa: está inicia desde la niñez, donde los padres cumplen con el rol de educar en base a valores y principios, para que en la etapa adulta puedan valerse por sí mismos.

Es por ello, que Turpo y Vásquez (2017) dentro de su investigación plantea cuatro funciones básicas dentro de la familia como:

- Procreadora: la cual permite generar vida humana, a causa de la unión entre dos parejas de diferentes sexos dentro del matrimonio o no.
- Educadora: los padres u otros parientes van influyendo en toda la vida del ser humano, tanto como en su formación de su personalidad.
- Protectora: ayuda a que cada uno de sus miembros no sea afectado por circunstancias adversas, la cual impide una prosperidad dentro de ella, sino buscan que estén tranquilos y seguros dentro de su hogar.
- Económica: la estabilidad de un sueldo en una familia genera que estén tranquilos y que puedan satisfacer sus necesidades.

Importancia de la familia.

El envejecimiento forma parte del proceso normal en la vida del adulto mayor, en la cual se da cambios irreversibles debido al deterioro de su estado físico como mental, las cuales para la familia directa forma parte de un problema debido a que el adulto mayor se vuelve dependiente con el paso de años. Por eso, es necesario crear nuevas estrategias para un adecuado cuidado para las personas de la tercera edad, con el fin de fortalecer su bienestar psicológico y físico (Hernández et al., 2016).

Finalmente, SSLP y MMN (2012) indicaron que la familia es el lugar y soporte emocional, físico, económico y social de todo ser humano, debido a que es el organismo principal donde el individuo crece, se desarrolla y muere. Pero también, cumple un papel fundamental en la vida de las personas, ya que es la principal base de educación, modelo de formación, agente socializador e intermediario entre el individuo con la sociedad. Además, un excelente espacio para el aprendizaje y desenvolvimiento de la persona.

Importancia de la funcionalidad familiar en el adulto mayor.

En cuanto a los datos encontrados sobre la funcionalidad familiar, Fernández y Manrique (2010) señalan que una de las principales fuentes de apoyo del adulto mayor es su propia familia, ya que al seguir manteniendo sus lazos familiares como los sociales, y evitará que se aíslen, siendo entonces que la funcionalidad familiar funciona como una unidad protectora o amortiguadora, para fomentar que el adulto mayor mantenga sus conductas saludables, en cuanto a su bienestar emocional y físico.

También, Duran et al. (2007) mencionan que la familia es una red de apoyo para los adultos mayores, y cuando esta red no existe, pasa a ser un factor de riesgo puesto que pone en peligro su autonomía y su funcionalidad en cuanto a su integración. Por ende, Laguado et al. (2017) refieren que es de vital importancia que se generen estrategias de intervención para los adultos mayores, ya que si se da la presencia de los factores de riesgo, no se podrá controlar el incremento de estas causantes, por lo que contribuirá con el deterioro de la funcionalidad y la calidad de vida en las personas de la tercera edad, con el propósito de implementar acciones de autocuidado, y promover la automotivación a los cambios de sus comportamiento y capacidades, que fomenten un grado de independencia en las personas de la tercera edad.

Cabe mencionar que la funcionalidad familiar es uno de los factores determinantes para la persona de la tercera edad, permitirá la conservación de su salud e impedirá que las enfermedades tengan un impacto mayor dentro de la vida del individuo (Landeros-Herrera et al., 2015). Debido a que como se sabe, esta es un pilar de desarrollo de cada miembro, la que le facilita a que se adapten rápidamente y puedan encontrar soluciones a las situaciones adversas que pueda ir presentándose (Losada, 2015).

Además, que los miembros familiares son relevantes para ir previniendo, tratando y rehabilitando de las enfermedades. Si la dinámica familiar es disfuncional y no cuenta el soporte social adecuado, pueden ser determinantes en el desarrollo de diversas comorbilidades, ya que, al verse relegado, inservibles, sin una función o rol en la familia, crea sentimientos de tristeza, los cuales predisponen a presentar síntomas depresivos. (López, 2018). No obstante, si un adulto mayor dentro de su familia, es considerado como un pilar de estabilidad en ella, generará armonía y unión en todas sus generaciones; Además, si la familia trata bien a un adulto mayor es porque este ha generado una red de valores y cariño dentro de ella, la cual son tomadas de referencias para cuando otros miembros lleguen a esta etapa (Hernández, 2018).

Funcionalidad familiar como factor protector en el adulto mayor.

Dentro de este apartado de la investigación, se considera relevante indicar que los factores protectores son aquellos recursos tanto individuales, psicológicos y sociales que al ser estimulados ayudarán a prevenir la aparición de algún factor de riesgo con el propósito principal de evitar futuros problemas o complicaciones dentro de la vida del adulto mayor.

Ante ello, tenemos a Minuchin y Fishman (1985) quienes dieron valor al término de funcionalidad familiar, como la comprensión de la homeostasis entre el lado físico como emocional dentro de cada miembro de la familia, y la ausencia de ella provocaba un posible estrés o desequilibrio.

Por otro lado, los adultos mayores están aumentando debido a que la tasa de esperanza de vida se ha incrementado a nivel mundial, por lo que ejerce un mayor impacto dentro de la vida de las familias y amigos, las cuales varían según su estatus económico y condición sociodemográfica (Rodríguez y Jumbo, 2017).

Por otra parte, Segura (2012) refirió que para que se dé un envejecimiento adecuado es necesario que se promueva y conserve la funcionalidad dentro del bienestar psicológico de esta población. También, Álvarez (2014) menciona que la promoción de la capacidad familiar optimiza los recursos para impedir o contrarrestar la vulnerabilidad de su salud ante posibles acontecimientos.

Un dato importante, nos brinda Monroy-Rojas et al. (2016) mencionan que para poder identificar la capacidad de funcionalidad en las familias de los adultos mayores es necesario que se identifique el nivel de satisfacción de sus necesidades básicas, su estabilidad emocional, nivel de independencia y calidad de vida que se les brindan. Es por ello, que Keeler y Siegel (2016) en su estudio encontró que la funcionalidad familiar funciona como factor protector para disminuir los síntomas de depresión en las personas de la tercera edad. Saavedra-Gonzales et al. (2016) refiere que la funcionalidad en las familias nucleares funcionaba como factor protector, la cual impedía que se ponga en vulnerabilidad la salud del adulto mayor. Siendo por ello necesario que la familia detecte con anticipación cualquier problema que pueda estar causando una disfuncionalidad, ya

que si lo realizan pueden contrarrestar los factores causantes y aumentar los factores de protección (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2013). El cual fomenta que los adultos mayores puedan hacerles frente a los cambios sin perder su entusiasmo y capacidades para decidir y actuar, sintiéndose funcionales dentro de su familia o antes de la aparición de una enfermedad o discapacidad física o psicológica (Álvarez et al., 2012).

Rodríguez y Guaya (2017) mencionan que la familia es un factor protector entretanto se maneje las relaciones armónicas entre los miembros familiares, puesto que fomentan en ellos independencia y confianza para desenvolverse, disminuyendo los posibles riesgos a situaciones desfavorables; siendo por ello que la familia juega un papel importante para el adulto mayor, dado que le transmite seguridad, tranquilidad y confianza. Además, que su personalidad se verá fortalecida y le permitirá a ser más resilientes ante las situaciones adversas que pueda presentarse en el transcurrir de los años, como de salud o situaciones de otra índole, causando una afectación emocional a la persona.

Finalmente, Cardona et al. (2019) señalaron que la familia forma la principal fuente de apoyo emocional, cuidado, seguridad y afecto, siendo la mejor preferencia selecta de convivencia en la persona de la tercera edad. Además, un adecuado funcionamiento familiar será un factor importante para un proceso de envejecimiento exitoso, saludable y de buena calidad para el adulto mayor. Asimismo, señalaron que los factores asociados a un buen funcionamiento familiar son los siguiente: tener pareja, tener un ingreso socioeconómico, contar con algún nivel educativa, tener un apoyo emocional, familiar y social adecuado. Además, que no percibir malos trato en su entorno familiar y ni ser maltratados.

2.2.2. Depresión

Definición conceptual de la depresión.

La depresión es definida como un trastorno de salud mental que se da frecuente en el ser humano, por lo que la persona con esta enfermedad se siente a menudo triste, cansado, pierde interés por actividades o situaciones que le generaban placer, presenta sentimientos de culpa, baja autoestima, dificultad para concentrarse, alteración del sueño y falta de apetito (OMS, 2021a).

Por otro lado, la OPS (s.f.) indicó que la depresión es un conjunto de síntomas de influencia afectiva (tristeza, desaliento, abatimiento, irritación, sensación de malestar e incapacidad ante las exigencias de metas) siendo estos síntomas lo más representativos y visibles, pero también se manifiestan síntomas tipo cognitivo, volitivo y físico, generando así la afectación global (psíquica y física) de la persona.

Así mismo, la National Institute of Mental Health (NIMH, 2021) lo define como un problema clínico que presenta síntomas de angustia, la cual afecta sus sentimientos, pensamiento y acciones de su vida diaria, con una duración de dos semanas. Sin embargo, para el MINSAL (2013) lo conceptualiza a la depresión como un trastorno que afecta el estado emocional de la persona que lo padece, manifestando síntomas como alteración en su humor, irritabilidad, poca energía y sentimientos de angustia. Además, de una disminución de las actividades cotidianas.

Por otro parte, el Ministerio de Salud del Perú (MINSAL, 2008) lo define como un trastorno mental que altera el estado de ánimo, en el que se da la pérdida de interés, anhedonia, sentimientos persistentes de tristeza, sueño, cansancio, y disminución de las actividades cotidianas de su vida.

Asimismo, el INSM (s.f.) define a la depresión como la alteración del estado de ánimo, ya que se siente triste durante casi todo el día, esto debido a un suceso muy fuerte en su vida, la cual se prolonga con el pasar del tiempo a través de sus síntomas ya conocidos.

En cambio, para Teixeira et al. (2016) refieren que la depresión es el trastorno en el estado anímico, la cual está caracterizada por una tristeza, sentimiento melancolía, angustia, culpa, abandono, desesperanza, inferioridad y ansiedad, acompañado de falta de confianza y de estima propia, perdiendo el interés y la manera en como disfrutar aspectos positivos de la vida o de las actividades habituales. Como también, pensamientos frecuentes de muerte o suicidio, provocando alteraciones de sueño, de apetito, concentración y actividad psicomotriz. Esta misma idea, es compartida por Cardona et al. (2015) la depresión es un trastorno que hace que la persona pierda el interés por la vida y provoca alteraciones muy fuertes en las áreas donde se desarrolla, generando dificultades con su estado emocional, relacional o individual.

Finalmente, para Corea (2021) la depresión es el resultado de interacciones complejas causadas por factores genéticos, biológicos, ambientales y psíquicos. Así mismo, menciona que este trastorno se puede iniciar a cualquier edad y ocurre más frecuencia en el sexo femenino que en el masculino.

Síntomas de la depresión.

El INSM (2021) menciona que la depresión es una tristeza profunda que se manifiesta en los siguientes síntomas:

- Disminución del interés por sus actividades cotidianas.
- Dificultad para poder conciliar el sueño.

- Aumento o disminución del apetito.
- Desesperanza de vida.
- Problemas para mantener su atención y concentración.
- Disminución energética.
- Sensación de culpabilidad.
- Enlentecimiento psicomotor.
- Pensamientos suicidas.

La NIMH (2018) refiere que el sentimiento de tristeza solo es el comienzo del trastorno depresivo. Por ello, se detallará los siguientes síntomas:

- Sensación de vacío.
- Tristeza profunda y persistente.
- Desesperanza de vida.
- Poco interés por las cosas o actividades.
- Poca energía o enlentecimiento.
- Sensación de culpa e impotencia.
- Falta de concentración.
- Alteración del sueño y el apetito.
- Alteración del ánimo.
- Malestares físicos.
- Ideación suicida.
- Fatiga.
- Irritabilidad.
- Inestabilidad en el día.

El MINSA (2013) basándose en el CIE-10, menciona que los síntomas depresivos deben ser:

- a. Perdurar como mínimo dos semanas en la persona.
- b. No debe estar asociado al consumo de sustancias o una patología mental.
- c. Presenta el síndrome somático, tales como:
 - Disminución del estado de ánimo y el disfrute de sucesos cotidianos.
 - Poca reacción a circunstancias comunes.
 - Levantarse constantemente a las dos de la mañana.
 - Sentimientos de irritabilidad en las mañanas.
 - Disminución de las actividades psicomotoras.
 - Falta de apetito.
 - Disminución progresiva del peso en un mes.
 - Disminución por el interés sexual.

Nivel de depresión.

Según American Psychiatric Association (APA, 2013) clasifica la depresión en tres niveles:

1. Depresión leve: la persona pierde el interés por realizar las actividades que anteriormente eran agradables o placenteras, presenta cansancio o apatía.
2. Depresión moderada: la persona presenta dos de tres síntomas del episodio leve. Además, aburrimiento, desesperanza y disminución con los grupos o contactos sociales, mayor dificultad para el desarrollo de sus actividades habituales con una duración menor a dos semanas.
3. Depresión severa: se caracteriza por sentimientos de angustia, tristeza, inutilidad,

culpa. Como también, pesimistas, ansiosos, apáticos y con pensamientos frecuentes de suicidio, muerte, ruina o catástrofe de lo que piensa que es responsable de ello.

Por otro lado, Gonzáles y Robles (2013) clasifica a la depresión a través de sus principales síntomas y signos, que se describen a continuación:

- a. Depresión leve: es el más común y en muchas ocasiones la persona que lo padece lo ignora, niega o tiene un pensamiento erróneo de que su tristeza es normal. Se caracteriza por la sensación de estar triste, decaído y abatido.
- b. Depresión moderada: este tipo de depresión genera que no pueda desenvolverse de la mejor manera en el trabajo o las actividades diarias, también presenta síntomas como el bajo estado de ánimo, escaso disfrute, pensamientos negativos, energía reducida; todo ello conduciendo a la persona al funcionamiento social y ocupacional disminuido.
- c. Depresión severa: la persona con este tipo de depresión se encuentra irritada, cansada, tiene poca energía, suelen aislarse de su entorno social, siente falta de afecto y tiene intención de quitarse la vida.

Así mismo, en la investigación realizada por Luque (2018) señaló que la depresión se encuentra categorizada de la siguiente manera:

- a) Sin depresión: es el estado emocional de la persona donde atraviesa por una tristeza considerada normal y dentro de un proceso, ante acontecimientos devastadores la cual hace que disminuya su ritmo de vida, pero no la paraliza. Además, que no se presente ningún otro síntoma.
- b) Depresión leve: van apareciendo síntomas como disminución de las actividades, poco interés por sus cosas, un estado de ánimo decaído o irritable, alteración en su sueño

y apetito, pero sin que aún aislé o dejé de lado sus actividades diarias que normalmente realiza.

- c) Depresión moderada: los síntomas son notorios en su mayoría, pero la persona hace de cuenta de que no que es así o que no es nada grave. Además, aparecen síntomas mencionados anteriormente, se suma a ellos; los pensamientos irracionales o ideación suicida, la cual se acentúa cuando se levanta y disminuye por las noches.
- d) Depresión severa: se da la aparición de todos los síntomas las cuales varían en su intensidad porque no solo piensa en querer matarse, sino que hasta lo intenta, su cambio en su rutina son muy notables y bruscos, por ello es necesario la ayuda de especialistas para que lo puedan tratar.

Modelos teóricos de la depresión.

Teoría del Desarrollo Psicosocial.

Erik Homburger Erikson, nació el 15 de junio de 1902 en Alemania. Estudió arte en su juventud, conoció a Anna Freud y, gracias a su influencia, se instaló en Viena y se unió al movimiento psicoanalítico. Fue un psicoanalista estadounidense de origen alemán reconocido mundialmente. Alcanzó gran popularidad en los años cincuenta y sesenta, destacando por su contribución a la psicología del desarrollo o ciclo vital, donde replanteó las ideas propuestas por Freud, teniendo como elemento principal de estudio el desarrollo evolutivo del ser humano (Borgignon, 2005). Por ese motivo, es una de las teorías más aceptadas e importante para la Psicología.

Erikson, describe ocho etapas o estadios del desarrollo psicosocial humano, que comprende desde la infancia hasta la vejez. No obstante, la finalización con éxito de cada estadio conduce a una personalidad sana y comunicación saludable con el entorno; en

cambio una terminación desfavorable generará una ausencia en el estadio. Es por ello que Erikson, explica cada fase y sus conflictos. Sin embargo, nos centraremos en el último estadio, denominada “Integridad vs desesperación”. Esta es la última etapa, que se produce desde los 60 años hasta la muerte, siendo la figura más importante el ser humano. Cabe indicar que la vida y la forma vivir cambian completamente en este estadio. La integridad se refiere al sentimiento de satisfacción con los hechos vividos, donde recuerda su pasado, sin malestar y melancolía. Acepta las diversas limitaciones y situaciones actuales que surgen en esta etapa y visualiza su futuro sin temor. Se da la mirada feliz del adulto mayor que contempla la vida, el mundo y realidad con una sensación de plenitud. En cambio, la desesperación se manifiesta cuando la persona se siente frustrado, tiene una actitud de melancolía, teñida de fastidio y enojo en el que hay un malestar permanente. La persona pone en manifiesto lo que perdió y en lo que no pudo hacer, no se siente productivo, generando un sentimiento de inutilidad. Asimismo, se da la jubilación o pérdida del trabajo; otros pasan a un segundo plano dentro de la familia, sus ideas o aportes no son considerados. Además, debe afrontar el fallecimiento de los familiares y amigos, junto a ello las enfermedades y preocupación relativa a la muerte. Por lo tanto, la persona está más propensa a padecer problemas psicopatológicos (Erikson, 1985).

Teorías cognitivas.

Las teorías cognitivas refieren que las personas depresivas tienen tendencia a evaluarse negativamente y ello afecta sus procesos cognitivos (autoconcepto), se enfocan en la percepción errada que la persona tiene sobre sí mismo, de su entorno social y las situaciones de su vida (Seligman, 1975).

La triada cognitiva de Beck.

Triada Cognitiva de Beck, está comprendida de tres elementos, los cuales son: Pensamiento negativo sobre sí mismo, del mundo y del futuro próximo. La persona que sufre de depresión tiene una valoración negativa de uno mismo, está siempre presto a las atenciones de su aspecto negativo y no encuentra nada bueno, se ve visualiza como un ser despreciable, inservible y desvalorizado. Además, tiende a marcar el lado negativo de su entorno, inclusive de las personas que lo rodean, como familiares o amigos. Por último, tiene una percepción segada de no tener un futuro mejor (Beck et al., 1979).

Teoría de la indefensión aprendida.

Sostiene que la depresión se da cuando la persona asume sus fracasos a situaciones no controlables y cree que seguirá fracasando debido a la falta de control que mantiene sobre las circunstancias que hacen que falle (Seligman, 1975). Sin embargo, Abramson et al. (1989), replanteo la teoría de Seligman, enfocándose en las personas con estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad cognitiva), siendo más propensos a desarrollar síntomas depresivos, cada vez que experimentan situaciones negativas. Así mismo, mencionó que la vulnerabilidad cognitiva está constituida por inferenciales adaptativos, las cuales son:

- a) Disposición a considerar que ciertas situaciones globales o estables provoquen situaciones negativas.
- b) Disposición a considerar que las situaciones adversas se repetirán en el futuro.
- c) Disposición a considerar aspectos negativos sobre sí mismo, cada vez que ocurra algún evento nocivo.

Por esta razón, que se cree que la vulnerabilidad cognitiva es una causa que contribuye a la depresión, aumentando la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos.

Teorías conductuales.

Para Caballo (1997) la teoría conductual de Lewinsohn es una de las principales teorías para explicar las causas de la depresión, esta teoría se centra en el proceso de asociación y el condicionamiento vinculado a la acción de conductas y las consecuencias de estas conductas. Lewinsohn en su teoría refiere que, si las conductas de un individuo no reciben refuerzo, estas no tendrán ánimo de ser repetidas y más si la persona desea recibir una recompensa, a falta de reforzamiento la persona puede comenzar a tener pensamiento y sentimientos negativos, como: culpa, baja autoestima y desinterés.

Para Antonuccio et al. (1989) la depresión es una manifestación aprendida relacionada con las interrelaciones de rechazo entre la persona y su entorno. Las interacciones pueden incidir y ser influenciadas por las conductas, cogniciones y emociones.

- Disminución del refuerzo positivo: sostiene que es el resultado de la disminución del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente, los aspectos cognitivos, tales como; baja autoestima, pesimismo, culpabilidad, etc. son el resultado de las facultades que hace la persona acerca de su sentimiento de disforia.
- Entrenamiento en autocontrol: la depresión es el resultado dañino de la correlación entre recompensas y castigos, la teoría del autocontrol se centra en la contribución de la persona a la relación negativa a través de sus contestación conductuales y cognitivas.

Teoría de la desvinculación.

Esta es una teoría psicosocial del envejecimiento porque afecta las relaciones entre los individuos y la sociedad, así como los procesos internos que experimentan un declinar de la vida. Cumming y Henry (1961) mencionan que el envejecimiento se manifiesta cuando se da una separación recíproca entre el adulto mayor y el sistema o lugar donde vive. Según esta teoría, la desvinculación es voluntaria, debido a que medida el adulto mayor va envejeciendo va reduciendo sus actividades de competitividad y productividad, convirtiéndose en una conducta adaptable y ventajosa, tanto para la sociedad que le quita responsabilidades y se va acomodando sus demandas y expectativas del proceso que produce el envejecimiento.

Depresión en adultos mayores.

La depresión se ha visto asociada antiguamente con la ancianidad, debido a que se consideraba como un síntoma común o normal. No obstante, hoy en día sabemos que la depresión es consecuencia de los riesgos psicosociales y biológicos propios a esa edad (Mayhua y Sánchez, 2017). Además, Pérez y Arcia (2008) mencionan que la depresión es una de las principales causas de incapacidad. Asimismo, es un problema que afecta el entorno social, individual, laboral y económico.

Por otro lado, la OMS (2017) refiere que este trastorno causa inmensas angustias y problemas en su vida diaria. Conjuntamente a ello, menciona que este grupo etario tiene una disminución de la funcionalidad a diferencia a los pacientes que sufren de alguna enfermedad crónica como pulmonares, de hipertensión arterial y diabetes, por lo que estos trastornos afectan la salud, utilidad de la eficiencia médica y el tratamiento para su asistencia.

Además, Molés et al. (2019) enfatiza cuidar la salud mental de los adultos mayores, buscando mejorar la condición física y mental ya que la prevalencia de enfermedades en esta etapa de vida va en aumento. Los pacientes geriátricos se encuentran predispuestos a sufrir depresión por los factores biológicos, psicológicos y sociales, debido a que se da con mayor frecuencia que las personas que se aíslan, pérdida familiar y amigos, acontecimientos de estrés, dificultades para dormir, causando así una alteración en su calidad de vida.

Para La Rosa (2017) indica que una persona cuando va envejeciendo, puede alterarse las capacidades físicas y mentales, generando un grado de vulnerabilidad y desequilibrio en la vida del individuo. Cabe mencionar que, en la vida del adulto mayor, existen una serie de sucesos que afectan de manera directa su estado anímico como la jubilación, la muerte de un familiar o un amigo, la cuales presentan síntomas como ansiedad, excesiva preocupación, tristeza profunda entre otros. Esta misma idea es compartida por Koenig y Blazer (1992) las personas mayores que sufren de depresión en su gran mayoría son personas que han perdido a su cónyuge, se encuentran solas, de estrato social bajo, estado de salud poco favorable, poca relación con los demás, rasgos de personalidad obsesivos y neuróticos; además tiene antecedentes familiares que han sufrido de depresión. Siendo por ello, que presentan síntomas típicos de depresión como: pérdida del sueño, falta de concentración, agotamiento, angustia, pensamientos hipocondríacos y suicidas.

Asimismo, la depresión en la población gerontológica es uno de los trastornos que presentan mayor complejidad en ella, ya que tiene efectos perjudiciales dentro de la salud de las personas ancianas (Orosco, 2015).

Para Aguilar-Navarro y Ávila-Funes (2007) refiere que la depresión es un mal crónico debido a que tiene notables consecuencias negativas, tanto por su efecto dañino como su elevada predominancia. Siendo esta enfermedad la primordial causa de sufrimiento y reducción de la calidad de vida. Además, las personas adultas mayores con depresión son más susceptibles y propensos enfermedades, como el a sufrir deterioro cognitivo u otros males, puesto que este padecimiento provoca cambios hormonales, neurológicos e inmunológicos. Por ende, es importante que los ancianos sean evaluados cada cierto tiempo con el objetivo de ser diagnosticados y tratados a tiempo. Por lo tanto, es importante que los adultos mayores se le realice una evaluación oportunidad e intervención de la misma.

Jonis y Llacta (2013) indican que existen innumerables investigaciones sobre depresión en adultos mayores y su proceso de intervención, pero a pesar de ello aún existe poca concientización e importancia por la salud mental y física de este grupo etario. Además, de la idea o creencia popular errada que se tenido por años, que la depresión es una enfermedad inherente en esta etapa de vida. Sin embargo, esto se debe vulnerabilidad que se enfrentan en esta etapa de vida. También, estos autores señalan que en otros estudios hallaron que existe deterioro cognitivo en las personas adultas mayores con depresión; por ende, es necesario desarrollar políticas en su salud para que sean direccionadas en su prevención y puedan tener una mejor calidad de vida en esta etapa.

Factores asociados a la depresión en adultos mayores.

Los factores asociados a la depresión se encuentran constituido como factor biológico, psicológico, familiar social.

Factor biológico.**Genético.**

Álvarez (2016) quien refiere que a lo largo del tiempo se ha hablado mucho de la depresión y los neurotransmisores asociados a ellas, conocidos como síntomas nucleares, donde se vincula la falta serotonina siendo una sustancia que ayuda a transmitir mensajes y crear un buen estado de ánimo. Sin embargo, al existir en poca o nada cantidad, generará poca tolerancia al estrés o al dolor; también la melatonina relacionado con la disminución con la conciliación del sueño y las dificultades en el ritmo cardiaco. Además, la catecolamina, noradrenalina y dopamina, que están asociadas con la poca capacidad de sentir placer. Cabe señalar, cuando la enfermedad se asevera, la persona sentirá una tristeza extrema, profunda y abrumador, acompañado de dolor y un sentimiento de insuficiencia, perdiendo las ganas de seguir viviendo e intentado suicidarse.

Esta misma idea es compartida con Montes (2004), quien menciona que los individuos que sufren trastorno depresivo son a causa de una disminución de las monoaminas biógenas asociada con la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, las cuales se transmiten en todo el sistema nervioso central; su alteración es denominada como neuroendocrinas y la modificación es neuroanatómicas, generando un desarreglo en el sistema inmune y el neuroendocrino.

Por otro lado, los pacientes con una patología depresiva grave, usualmente tienen inestabilidad en ciertas sustancias químicas de su cerebro, los cuales son llamados neurotransmisores. Además, que las actividades de la serotonina y su relación con los receptores disminuyentes del envejecimiento, así como algunas enfermedades tales

como enfermedades cardiovasculares, fracturas de cadera, incontinencia urinaria, dolor en el cuerpo, volviéndolo vulnerable a la persona debido al padecimiento del cuadro depresivo (Cuadro, 2013).

En otro estudio, Mitjans y Arias (2012) encontraron que el factor genético es un gran predisponente a padecer de depresión, ya que esta no sigue el patrón clásico de la herencia en cuanto a la mendeliana, así como el umbral de susceptibilidad explica cómo este factor hace que se altere algunos neurotransmisores, la cual se agudiza por la aparición de otros factores. Por ello, Manzanera y Lozano (2009) menciona que los avances de la neurología con el tiempo ayudarán a explicar la aparición de algunos trastornos desde el lado biológico, por lo que los cambios en la estructura del hipocampo, la alteración neuroendocrina, la disminución y alteración de las células y moléculas en el ser humano, serían uno de los causantes de este trastorno.

Sexo.

Sánchez-Gonzales y Marín-Mora (2015) y Sarabia (2012) manifestaron que los adultos mayores del sexo femenino son quienes más presentan el riesgo a sufrir de depresión a diferencia de los masculinos, esto se debe a los factores biológicos y sociales que generan mayor una disposición a sufrir de esta enfermedad en alguna etapa de su vida. Además, Vásquez (2016) menciona que la depresión se presenta con mayor regularidad en las mujeres adultas mayores debido a que muchas de ellas sólo son amas de casa, se divorciaron, se quedaron solas, son analfabetas, entre otros acontecimientos; o sino también a ver sufrido de sucesos traumáticos a temprana edad, hacen que en la adultez se agudice, por eso se dice que el tiempo y el suceso padecido, hace que varíe los síntomas de manifestación.

Edad.

La OMS (2015) refiere que para considerar que una persona es adulta mayor es necesario que tenga de 60 años a más. Así mismo, lo divide en tres grupos, los cuales son lo siguiente:

- Primera categoría: de 60 a 74 años se denomina categoría de edad avanzada.
- Segunda categoría: de 75 a 90 años denominado de ancianos o viejos.
- Tercera categoría: de 90 años a más denominado longevos.

Estos adultos mayores, atraviesan por cambios físicos, psicológicos y sociales debido al proceso de envejecimiento, la cual dificulta a su desarrollo e independencia.

Por otro lado, Montalvo (1997) refiere que existe tres tipos de procesos que describe al individuo en la etapa del envejecimiento:

- Edad cronológica: se observa como la persona manifiesta lo que siente, desea, necesita y se relaciona.
- Edad física: este tipo de edad es donde se da los cambios de manera física como psicológica, ya que la cultura cambia, como la economía y nutrición; aparte de como su funcionalidad se ve afectada debido a que algunos adultos mayores dejan de ser autónomos por su edad.
- Edad psicológica: los individuos al pasar por cada etapa van cambiando sus emociones, sentimientos y manera de pensar con el pasar de cada experiencia en su vida. Por ello, cuando se llega a la etapa adulta mayor estos cambios son normales debido a que el envejecimiento trae ya de por sí sentimientos de tristeza por sentirse limitados a realizar actividades, como el salir con amigos o dejar de trabajar, pasando a ser ya no la cabeza y sostén de la familia de forma económica

sino emocional. Así mismo, el proceso de la memoria se ve afectada de forma gradual.

- Edad social: el adulto mayor juega un papel fundamental ya que le permite interactuar con otras personas, pero estas varían debido a que en esta etapa ya no realizan actividades como cuando eran jóvenes, por eso es necesario que se dé el valor a los de la tercera edad debido a que su opinión y participación en organizaciones sociales es fundamental para su bienestar tanto físico como emocional.

Factores psicológicos.

Vásquez (2016) menciona que estos factores generan que la persona no encuentre sentido a su vida, dado que, a través de sus pensamientos y percepción, irán generando una idea equivocada de la vida y su realidad, las cuales van de la mano de sus creencias y temperamento.

Personalidad.

Cuadro (2013) menciona que dentro de su estudio sobre los adultos mayores encontró que el esquema mental negativo, disminución de la autoestima, la falta de autocontrol de circunstancias cotidianas y exceso de preocupación, generando que sean más propensos a sufrir de un cuadro depresivo, la cual va de la mano de sus pensamientos generados en su niñez o adolescencia, la cual al pasar del tiempo provocará un patrón depresivo.

Sin embargo, Juárez et al. (2012) infieren en que estas si bien es cierto presentan alteraciones en su nivel físico como emocional, también repercute en el propio autoconcepto que tiene la persona sobre sí mismo y en cómo se relaciona con su entorno externo.

Factor Familiar.

López et al. (2011) consideran que las familias son un pilar fundamental dentro de su sistema de soporte, dado que benefician en su salud y calidad de vida de sus miembros.

Fallecimiento del cónyuge.

Quedarse viudo en ocasiones es una de las principales causas desencadenantes de que los adultos mayores se sientan solos, dado que cuando los sentimientos han sido muy fuertes, más grande será el impacto en sus emociones a causa de la muerte sin que otra persona alivie su sentimiento de soledad y tristeza (Rodríguez, 2011). Así mismo, Cardona et al. (2013) mencionan que el vínculo matrimonial dentro de las parejas es muy fuerte y si se rompe quedan en mucha soledad, por lo que tienen tendencia a sentirse solas o abandonadas, debido a causas como la muerte, separación o divorcio pero que repercute en su estado emocional; cabe mencionar que las personas adultas mayores son quienes sufren mucho de la muerte de su pareja de vida, pero los más vulnerables son las personas de 80 años a más.

Falta de apoyo familiar.

Cerquera y Meléndez (2010) señalan que si los integrantes del grupo familiar no cumplen con las demandas del adulto mayor, en cuanto al cuidado y acompañamiento familiar en esta etapa de vida, generará un aumento de probabilidad de sufrir síntomas depresivos.

Por otro lado, Llanes et al. (2015) mencionan que las manifestaciones de violencia dentro de la familia hacen que el adulto mayor tenga miedo a ser escuchados. Como también ausencia de intereses, presente aislamiento y pensamientos de muerte,

generando que se aíslen de su entorno social o familiar. Además, Arias et al. (2013) mencionan que una de las causas que llevan a vivir a los adultos mayores en casa hogar, albergues o hasta en la calle, se debe a que existe carencia económica, afectiva y social. Dentro de lo cual afirman que los adultos mayores que padecen de depresión, son quienes tienen problemas para poder convivir armónicamente, debido a que no cuentan con lazos familiares adecuados para un desarrollo funcional y de bienestar emocional en la persona.

Finalmente, Manrique-Espinoza et al. (2013) refieren que mientras más pase el tiempo, la persona que cuida del adulto mayor se va enfrentando a mayores demandas de tareas para el cuidado, sino que además se le suma las responsabilidades propias, es por ello que en ocasiones no lo realizan de la mejor manera, ya que se ve afectado su entusiasmo y estas, son transmitidas al adulto mayor.

Factor social.

Los individuos pueden tener postura de rechazo hacia el envejecimiento, debido a la construcción social de la vejez como una etapa de soledad, sufrimiento y pérdida (Cerquera y Meléndez, 2010)

Morales (2017) menciona que para que una persona sufra de depresión es porque el factor social dentro de su vida jugó un papel determinante, debido a que hay adultos mayores quienes siguen haciéndose cargo de la economía de su familia, y cuando se da la pérdida de empleo, provocan en ellos sentimientos de frustración, inutilidad e impotencia, la cual se agudiza con el pasar del tiempo, también si las condiciones de vida no son las adecuadas debido al estatus socioeconómico, está afectada de manera directa en su salud mental.

Cambios en el rol social del adulto mayor.

se explica a través de los diferentes cambios en la forma de vivir y la manera en que se distribuyen los roles (rol de esposo, amigo, rol laboral, etc.) que desempeñaba los adultos mayores, generando con mayor facilidad el establecimiento de un cuadro depresivo en esta etapa. Esto implica la disminución de los espacios de pertinencia, la cual contribuye con el estado de inestabilidad emocional en las personas mayores, debido a que lo manifiestan a través de abandono o desamparo de su entorno familiar como social, sintiéndose en ocasiones como una carga (Ayala, 2017).

Falta de actividades de ocio.

La falta de desarrollo de actividades en el entorno puede ser considerado como una de las respuestas de vacío o soledad que sienten la persona, la cual puede aumentar debido al tiempo libre que tiene, jugando un papel en su estado emocional (Iglesia, 2001). Por ello, Tuesta-Molina et al. (2003) informan que es necesario que los adultos mayores participen en actividades de índole social, puesto que proporciona un estado físico y emocional correcto, funcionando como un factor protector ante posibles enfermedades.

Por otro lado, Santos et al. (2010) llegaron a la conclusión de que las personas de la tercera edad con problemas geriátricos, hacen que su calidad de vida se deteriore debido a que no tienen contacto social, esto es relacionado en ocasiones con los síntomas depresivos. Finalmente, para Ruiz et al. (2014) la asociación entre la depresión y el envejecimiento es muy variado, debido a que cada persona de la tercera edad va tomando de buena o mala manera cada proceso que va atravesando, tanto en su estado físico como psicológico, ya que al ir perdiendo la funcionalidad en el área cognitiva, social y emocional hace que presente vulnerabilidad a padecer de este trastorno.

Depresión y suicidios en adultos mayores.

Cabe resaltar, que la ideación suicida es considerada como una de las más peligrosas, debido a que la persona va atravesando síntomas muy fuertes, como sus pensamientos que hacen que tome esta decisión llegando a cumplirlas (Ribot et al., 2012).

Por ende, ante la recopilación de información, Calderón (2018) encontró que autores mencionaban que en Estados Unidos la tasa de mortalidad en suicidio era más en varones mayores a 75 años, la cual es 5 veces mayor a la tasa de mortalidad como el consumo de sustancias, esto porque muchos de ellos no han sido diagnosticados a tiempo, por eso menciona que la depresión mayor es uno de los factores de riesgos más mortales en el mundo, sin dejar que los otros tipos de depresión sean igual de mortales pero varían en sus síntomas y causas.

Por ello, Raue et al. (2014) mencionan que es necesario que este tipo de trastorno sea investigado, detectado y tratado a tiempo tanto en los adultos mayores como en la población en general, con el fin de que las tasas de mortalidad en esta problemática dejen de aumentar, así como la ideación suicida.

Por otro lado, son los hombres quienes tienen más problemas para aceptar que padecen de algún tipo de depresión, por eso para diagnosticar se complica mucho más en ellos, la cual se evidencia en las tasas donde los cuatro varones más se suicidan a diferencia de las mujeres, pero es más común ver los intentos en las mujeres que en los varones; sin embargo, los adultos mayores a 70 años presentan más tendencia al suicidio la cual aumenta con la edad, siendo los de 85 años los más peligrosos (Campoverde, 2016).

2.3. Definición conceptual de la terminología empleada

Adulto Mayor

El Diario Oficial del Bicentenario El Peruano (2020) refirió que se denomina a adulto mayor a todo ser humano que tiene sesenta y cinco a más años de edad.

Centro Integral del Adulto Mayor

Es considerado un lugar dentro de las municipalidades que prestan, coordinan y comunican de manera activa con sus usuarios, donde le ofrecen servicios de integración para la promoción del bienestar en su salud mental, ofreciéndole una participación activa a ellos y sus familias (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social [MINDES], 2007).

Confiabilidad

Prieto y Delgado (2010) lo conceptualiza como la consistencia interna que tienen las medidas en cuanto al proceso de medición.

Depresión

La OPS (s.f.) lo define como un problema mental caracterizado por una profunda tristeza, desinterés, poco placer por las cosas, culpabilidad, baja autoestima y alteración del sueño.

Familia

La DLE (2014) conceptualiza a la familia como un grupo de parientes que interactúan y viven en el mismo hogar, con una descendencia o linaje de muchas décadas.

Factor de riesgo

Senado (1999) menciona que los factores de riesgos son aquellos característica o situaciones que exponen al ser humano a padecer de una enfermedad tanto física como mental.

Factor protector

Alderete (2008) refiere que son elementos que el individuo tiene para protegerse de cualquier acontecimiento en su vida, de manera beneficiosa para su salud mental.

Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar en el adulto mayor es la capacidad que tiene para evitar el incremento de enfermedades o factores riesgos, a través del fortalecimiento de su estado físico, psicológico y social de manera activa (Laguado et al., 2017).

Población

Arias-Gómez et al. (2016) mencionan que la población es la cantidad de casos que formarán parte de la selección de la muestra a través del criterio del investigador. Cabe mencionar que no necesariamente son personas, sino animales, cosas, familias, empresas, entre otros.

Usuario

Es la persona que requiere de información para poder auto desarrollarse, la cual necesita implementar actividades o rutinas a diario para generar su crecimiento mental (Martín, 2007).

Validez

Ramos (2016) consiste que la prueba mida la intención real por la que fue construido el instrumento, siendo las inferencias del test fiable.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio es de tipo correlacional, dado que su objetivo principal es visualizar cómo se vincula o relaciona diversos conceptos o fenómenos entre sí. Por consiguiente, busca indagar cómo se comporta una variable con otra (Behar, 2008).

Con respecto, al diseño de la investigación es no experimental, dado que el investigador no posee un control directo ni manipula ninguna variable, sino observa los fenómenos tal cual como ocurren, sin intervenir en su desarrollo ni la presencia de algún elemento contaminante; además, es de corte transversal debido a que los datos son recogidos en un solo momento (Behar, 2008; Kerlinger y Lee, 2002).

3.2. Población y muestra

El universo del estudio pertenece al Centro Integral del Adulto Mayor de la jurisdicción de Villa El Salvador de la provincia de Lima del 2019, constituido por 300 adultos mayores socios e inscritos en uno de los cuarenta y tres clubs de dicha institución.

La muestra es un subconjunto o grupo relativamente pequeño que representa la parte de una población (Santiesteban, 2014). En cuanto al cálculo del tamaño de la muestra, el número estimado de 169 participantes, tomando en cuenta el 95% de confianza con un margen de error de 5%. Sin embargo, no se pudo llegar al número requerido debido a la coyuntura sanitaria que atraviesa nuestro país a consecuencia por el COVID-19 y el fallecimiento de algunos adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor. Por esta razón, se llegó a trabajar con 100 usuarios, tanto hombres como mujeres, de edades que oscilaban desde 60 a 88 años y no presentaron algún problema mental, de discapacidad en el lenguaje ni audición.

Asimismo, se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia, la cual consiste en que la muestra seleccionada dependerá del criterio del investigador, guiado por las características de la investigación más no por el criterio estadístico (Supo y Cavero, 2014). Cabe mencionar que se utilizó los siguientes criterios para la participación y evaluación a los adultos mayores:

Criterios de inclusión

1. Participación voluntaria por parte del usuario.
2. Adultos mayores sin problemas mentales.

Criterios de exclusión

1. No deseen participar en la investigación.
2. Adultos mayores quechua hablante.
3. Adultos mayores de otra nacionalidad.

3.3. Hipótesis

3.3.1. General

H_a: La funcionalidad familiar constituye ser un factor protector de la depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador.

3.3.2 Específicas

H₁: Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a edad.

H₂: Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a estado civil.

H₃: Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a tipo de familia.

3.4. Variables – Operacionalización

Tabla 1

Operacionalización de la variable funcionalidad familiar

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Ítems	Formato de respuesta	Medición
Funcionalidad familiar	McCubbin y Thompson (1987) la funcionalidad familiar es un conjunto de cualidades que caracterizan a la familia, en las que se explican la forma en cómo opera, comporta y valora.	Se define como las puntuaciones alcanzadas y obtenidas en el Cuestionario de funcionamiento familiar (FF – SIL) para medir la valoración de la funcionalidad familiar.	Cohesión	– Unión familiar, para la toma de decisiones y afrontamiento de diversos acontecimientos.	1 y 8	Escala Likert	Intervalo
			Armonía	– Reciprocidad entre las necesidades e intereses individuales y familiares.	2 y 13		Categorizada de manera ordinal en:
			Comunicación	– Los miembros de la familia se expresan de manera transparente y directa.	5 y 11	Nunca	Severamente disfuncional (14 – 25)
			Permeabilidad	– Capacidad de la familia de brindar y aceptar otras vivencias.	7 y 12	Casi nunca	
			Afectividad	– Los miembros familiares tienen la capacidad de demostrar sus sentimientos y emociones positivas entre ellos.	4 y 14	A veces	Disfuncional (26 – 56)
			Roles	– Cada miembro del núcleo familiar cumple sus obligaciones y funciones.	3 y 9	Casi siempre	Moderadamente funcional (57 - 66)
			Adaptabilidad	– La familia tiene la capacidad para cambiar de estructura de roles, poder y reglas, ante una situación que lo amerite.	6 y 10	Siempre	Funcional (67 - 70)

Tabla 2*Operacionalización de la variable depresión*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Ítems	Formato de respuesta	Medición		
Depresión	Cardona, Segura, Segura y Garzón (2015) la depresión es un trastorno que hace que la persona pierda el interés por la vida y provoca alteraciones muy fuertes en las áreas donde se desarrolla, generando dificultades con su estado emocional, relacional o individual.	Se define como las puntuaciones alcanzadas y adquiridas en la Escala de depresión de Yesavage (Versión reducida) para medir la depresión en adultos mayores.	Unidimensional	- Desinterés por actividades diarias.	Afirmativos 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15	Dicotómica	Intervalo		
				- Sentimiento de vacío por dentro.				Si	Categorizada de manera ordinal en:
				- Aburrimiento o fatiga.					
				- Pensamiento negativo.	No	Ausencia de Depresión (0 - 1)			
				- Sensación de abandono o soledad.					
				- Retraimiento social.					
				- Problema de memoria.					
				- Sentimiento de desvalorización.	Depresión leve (2 - 5)				
				- Desesperanza		Depresión moderada (6 - 11)			
				- Sensación de fracaso.					
				- Satisfacción con la vida.	Negativos 1, 5,7, 11 y 13	Depresión severa (12 - 15)			
				- Buen ánimo.					
				- Felicidad la mayor parte del tiempo.					
- Pensamiento positivo a estar vivo.									
- Energía.									

3.5. Métodos y técnicas de investigación

Para la obtención de los resultados de ambos instrumentos, se procedió a la técnica de entrevista, la cual está basada en la interacción personal de tipo comunicativo en la cual interviniente los gestos, posturas y expresiones, teniendo como propósito central, obtener información básica a través de un cuestionario de preguntas (García, 2016; Sánchez et al., 2018).

Por ello, la evaluación fue de manera presencial y personalizada por cada adulto mayor, con una duración de 20 minutos aproximadamente. Se efectuaron una serie de interrogantes de manera directa y cerrada, según lo establecido en los instrumentos de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y cuestionario de percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Finalmente, en cada respuesta obtenida por la evaluadora fue anotado de acuerdo a las consignas y alternativas explicadas, como también se brindó un espacio de tiempo al participante si desea relatar alguna anécdota personal.

Cuestionario de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Construido en Cuba por Pérez et al. (1997) cuyo objetivo principal es evaluar la funcionalidad familiar a través de la apreciación de uno de los miembros. El instrumento puede ser aplicado de manera individual o colectiva, está contemplado en total por 14 reactivos, dividido en siete dimensiones, cada una de esta área está constituido por dos ítems: Armonía = 2 y 13, Adaptabilidad = 6 y 10, Cohesión = 1 y 8, Permeabilidad = 7 y 12, Roles = 3 y 9, Comunicación = 5 y 11, Afectividad = 4 y 14. Con respuesta de tipo Likert, comprendidas desde 1 al 5, teniendo cada enumeración un valor respectivo, tales como: 1 = Casi nunca, 2 = Pocas veces, 3 = A veces, 4 = Muchas veces y 5 = Casi

siempre. En tanto en la calificación e interpretación de la prueba, se utilizó medidas descriptivas de posición (cuartiles) realizando la escala ordinal para la nominación cualitativa del instrumento: familia severamente disfuncional = 14 - 27 puntos, familia disfuncional = 28 - 42 puntos, familia moderadamente funcional = 43 - 56 puntos y familia funcional = 57 - 70 puntos. Con respecto, al diagnóstico corresponderá la puntuación obtenida de la suma total de cada respuesta de los ítems.

Los autores del instrumento hallaron coeficientes de fiabilidad aceptable (Alpha Cronbach = .94) muy por encima del valor estimado, demostrando su confiabilidad con relación al tiempo de la aplicación del test - retest. Con respecto al análisis de consistencia interna, obtuvieron un (r) igual a .88, lo cual demuestra que el test tiene una elevada homogeneidad y correlación entre los ítems. En cuanto a la validez por contenido, se realizó a través de 30 jueces expertos con la finalidad de discriminar si existe correspondencia clara entre las categorías y ítems, obteniendo un 86.6% de aprobación, lo cual apunta hacia la existencia de una validez por constructo.

Por otro lado, la prueba fue válida en Chile por Fuentes y Merino (2016), traducido en quechua por Ramírez (2018). Luego, fue modificada por Palomino y Peña (2019) donde efectuó una prueba piloto a un grupo etario de la tercera edad, donde se obtuvo una validez de .43 mediante la correlación de Pearson y $p = .00$ siendo altamente significativo, como una confiabilidad de un .98 de Alpha de Cronbach.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Versión reducida)

La Escala de Depresión Geriátrica cuyo nombre original es Geriatric Depression Scale (GDS), fue desarrollada en 1983 por Yesavage y Brink, la cual estuvo conformada por 30 ítems (GDS-30). Posteriormente, Sheik y Yesavage en 1986 publicaron una

versión abreviada, constituida por 15 ítems con la finalidad de facilitar su administración, demostrando su utilidad como un instrumento de tamizaje para grandes poblaciones como también, para hospitales, atenciones ambulatorias, residentes no y si institucionalizados. El instrumento, tiene como objetivo principal, medir el nivel de depresión en los adultos mayores, puede ser administrado de manera colectiva o individual con un tiempo de duración de 7 a 10 minutos aproximadamente. Consta de 15 ítems, con respuesta de tipo dicotómica (si/no) y dimensión unidimensional. La calificación e interpretación de la prueba son: ítems con dirección positiva (2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15) y negativa (1, 5, 7, 11, 13). Cabe resaltar que cada respuesta errónea se puntuará con 0 y 1 punto, si se encuentra en el margen establecido de las direcciones del instrumento. La puntuación final constituirá la suma total de cada respuesta por ítems, y su diagnóstico corresponderá a la puntuación obtenida, que se clasificará en uno de sus tres categorías: 0 a 5 = normalidad, 6 a 9 = depresión moderada, 10 a 15 = depresión severa. Cabe mencionar, que la puntuación máxima es 15 y la mínima 0.

Cabe resaltar, que el GDS ha sido validado en Colombia por Bacca et al. (2005) y traducido en más de 30 idiomas, como en francés por Clément et al. (1997), en portugués por Apóstolo et al. (2018), en español por Gonzáles (2011) y Martínez et al. (2002), adaptado por Gómez-Angulo y Campos-Arias (2008). En cuanto, para la examinación de la validez y confiabilidad, se efectuó una prueba piloto por Palomino y Peña (2019) obteniendo una validez un .61 mediante la correlación de Pearson y $p = .03$ significativo, como también una confiabilidad de un .73 Alpha de Cronbach.

3.6. Procesamiento de los datos

En una primera instancia, se gestionó en la Escuela de Psicología, una solicitud para el permiso de la aplicación de la investigación, oficializando y garantizando un apropiado desarrollo del estudio. Posteriormente, se procedió a una previa coordinación con la Sub Gerente de Salud, Sanidad y Bienestar Social para la programación de la fecha y hora de la aplicación del instrumento correspondiente. Puesto que anticipadamente, se había conversado acerca del propósito y objetivo de la investigación.

Por consiguiente, se explicó en el auditorio principal del establecimiento la finalidad de la investigación y el procedimiento de la evaluación. Se solicitó la participación voluntaria a la audiencia, indicándose acerca de las consideraciones éticas, como: la confidencialidad, comprendido en que los datos obtenidos sólo serán utilizados para el estudio y no será divulgados por ningún medio, sino por lo contrario, que el evaluador conocerá y conservará en el anonimato dicha información brindada por el participante (Bisquerra, 2009). Como también, respetando su derecho a retirarse si durante la ejecución del estudio decida ya no persistir con la evaluación. Avalando la privacidad y la estricta confidencialidad del informe obtenido a través del asentimiento informado. Así mismo, se trabajó de manera ecuánime e íntegra, cumpliendo con el compromiso con el encuestado y siguiendo los lineamientos señalados por el código de ética en la investigación con seres humanos (Universidad Autónoma del Perú, 2017).

Durante la aplicación del instrumento, se utilizó el material y recurso previamente preparado. Se brindó las siguientes consignas: no habría interrogantes buenas ni malas, y podría realizar algunas preguntas si deseaba para poder despejar cualquier duda si en caso no habría comprendido las pautas o ítems mencionados.

Los instrumentos que se emplearon, tuvieron una duración de 20 minutos por evaluado, realizándose de forma presencial en su totalidad. Inmediatamente, se agradeció la participación a cada uno de los adultos mayores. Seguidamente, se procedió a depurar y verificar el llenado del cuestionario para certificar la efectividad del instrumento.

Una vez, habiendo recolectado la información requerida, se procedió a ordenar y realizar el vaciado de los datos a Microsoft Excel 2010. Luego, se exportó dicha base de datos al programa estadístico SPSS en su versión 25 para Windows, paquete estadístico que permitió analizar y construir la base de datos, asignando los respectivos tipos de medición a cada variable. De igual manera, se utilizó la misma herramienta estadística y se añadió a ello, el programa Factor analysis e IBM SPSS Amos para obtener validez del instrumento del Cuestionario de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Además, se empleó el JASP (Jeffrey's Amazing Statistics Program) para el análisis del Intervalo de Confianza para ambos instrumentos.

Por otra parte, en la tabla 3, se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Shapiro-Wilks, ya que según estudios realizados por Yap y Sim (2011) y Pedrosa et al. (2015) el estadístico S-W brinda una mejor precisión en contraposición de otras pruebas clásicas como Kolmogorov-Smirnov (K-S). Cabe mencionar, que si la muestra es mayor > 50 se podrá obtener mejores resultados.

En cuanto el análisis de normalidad, se evidenció una probabilidad de significancia menor a .05 ($p < .05$) tanto para las variables de funcionalidad familiar como depresión, lo cual implica que ninguna de las variables se ajusta a una distribución normal. Con respecto a las agrupaciones, por rango de edad, estado civil y tipo de familia, tampoco

se observa presencia de distribución normal. Por ende y de acuerdo con estos resultados la estadística a emplear para el contraste de la hipótesis, corresponde a no paramétrico y de modo específico al estadístico de correlación de rangos de Spearman (ρ).

Tabla 3

Análisis de normalidad para las variables de estudio

	S-W	gl	p	g1	g2
General	.830	100	.000	-1.46	1.47
60 a 65 años	.763	23	.000	-1.75	2.41
66 – 74 años	.853	54	.000	-1.39	1.45
75 a >	.845	23	.002	-1.38	1.38
Funcionalidad familiar					
Separados	.781	23	.000	-1.52	1.49
Casado	.858	51	.000	-1.56	2.90
Viudo	.872	26	.004	-.760	-.824
Nuclear	.858	51	.000	-1.56	-2.90
Monoparental	.857	49	.000	-1.01	-.163
General	.955	100	.002	.507	-.464
60 a 65 años	.894	23	.019	.663	-.751
66 – 74 años	.972	54	.233	.278	-.513
75 a >	.895	23	.020	.863	-.041
Depresión					
Separado	.968	23	.641	.286	-.543
Casado	.937	51	.009	.481	-.699
Viudo	.949	26	.215	.140	-.988
Nuclear	.937	51	.009	.481	-.699
Monoparental	.959	49	.084	.295	-.725

Nota: S-W = Shapiro Wilk, gl = grado libertad, p = significancia, g1 = asimetría, g2 = kurtosis.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Análisis de fiabilidad de las variables

Por otra parte, para el presente estudio se optó por realizar una revisión de las propiedades psicométricas de la validez y confiabilidad del instrumento en mención, a través de una prueba piloto con un muestrario de 100 personas con características similares a la investigación.

Validez

Tabla 4

Matriz de estructura factorial de funcionalidad familiar

	Factor						
	1(C)	2(A)	3(CO)	4(P)	5(AF)	6(RO)	7(AD)
F1	.495	.268	.340	.486		.995	.362
F2	.653	.393	.484	.989	.267	.462	.442
F3	.774	.532	.570	.604	.219	.391	.583
F4	.875	.588	.568	.721	.304	.410	.758
F5	.670	.722	.444	.616	.390	.276	.775
F6	.640	.820	.361	.397	.372		.527
F7	.439	.489	.364	.394	.991	.234	.566
F8	.645	.591	.305	.406	.304	.313	.572
F9	.509	.487	.907	.504	.335	.289	.539
F10	.443	.605	.525	.370	.211	.239	.409
F11	.752	.644	.327	.520	.227	.343	.578
F12	.387	.327	.278	.215	.315		.603
F13	.829	.670	.383	.538	.372	.351	.635
F14	.880	.543	.413	.627	.311	.408	.574
Autovalor	7.043	1.094	.933	.911	.695	.639	.521
% V.E.	50.308	7.815	6.667	6.508	4.964	4.563	3.723
% V.E.A.	50.308	58.122	64.789	71.297	76.261	80.825	84.547

Nota: %V.E: Porcentaje de Varianza Explicada, %V.E.A.: Porcentaje de Varianza Explicada Acumulada, Factor 1: Cohesión, Factor 2: Armonía, Factor 3: Comunicación, Factor 4: Permeabilidad, Factor 5: Afectividad, Factor 6: Roles, Factor 7: Adaptabilidad.

Como se aprecia en la tabla 4, para la obtención de la validez del instrumento, se utilizó el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), obtenido con el método de mínimos cuadrados no ponderado con una rotación Promax, donde el índice muestral KOM es .90 y la prueba de Esfericidad de Bartlett fue $< .01$, de modo que los datos obtenidos son muy aceptables, indicándonos seguir con el análisis factorial de la prueba. En cuanto a la extracción de los 7 factores se presentaron dos autovalores importantes mayores a 1 y un total de % V.E. $> 40\%$. Así mismo, de los 14 ítems se observa una saturación con carga factoriales mayores a .20 dentro de cada una de las dimensiones. Dado que el análisis factorial exploratorio al no ser restrictivo para la factorización y no siempre permite observar de manera satisfactoria la estructura interna del constructo, se optó por el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), los cuales reportaron valores de índice de bondad ajustable > 90 (CFI = .98, GFI = .99, RMSEA = .99, SRMR = .98), verificando de este modo la evidencia de validez basada en la estructura interna del constructo, lo cual significa que las puntuaciones del instrumento permiten realizar inferencias válidas.

Confiabilidad

Tabla 5

Estadístico de confiabilidad de funcionalidad familiar

(n=100)	N° de Ítems	α [IC95%]
F1: Cohesión	2 (1 y 8)	.506 [.349, .635]
F2: Armonía	2 (2 y 13)	.653 [.528, .750]
F3: Comunicación	2 (5 y 11)	.734 [.632, .811]
F4: Permeabilidad	2 (7 y 12)	.540 [.389, .663]
F5: Afectividad	2 (4 y 14)	.870 [.814, .910]
F6: Roles	2 (3 y 9)	.705 [.594, .790]
F7: Adaptabilidad	2 (6 y 10)	.665 [.543, .759]
Total de funcionalidad familiar	14	.901 [.880, .943]

Nota: n=muestra, α =alfa de Cronbach, IC=intervalo de confianza del 95%.

En la tabla 5, se sometió a un análisis psicométrico para la obtención de los resultados de la confiabilidad del instrumento. Lo cual, brindó un puntaje de .91 de alfa de Cronbach e intervalo de confianza de .88 a .94, siendo estos valores óptimos y aceptables. En cuanto a las dimensiones de la prueba, se evidenció índices de consistencia interna de .50 al .87. Así mismo, se puede apreciar que la dimensión de cohesión, armonía, permeabilidad y adaptabilidad se hallaron valores de consistencia alfa menores a .70, lo cual se debe a la poca cantidad de ítems, en este contexto se asume que la confiabilidad es aceptable.

Baremos

Tabla 6

Puntaje de las normas percentilares de funcionalidad familiar

	Centil	PD	Decatipos	PD a medir
Severamente disfuncional	1 a 25	14 a 51	1 a 2	14 a 25
Disfuncional	26 a 50	52 a 57	3 a 5	26 a 56
Moderadamente funcional	51 a 75	58 a 62	6 a 8	57 a 66
Funcional	76 a 99	63 a 70	9 a 10	67 a 70

Nota: PD = puntajes directos

En la tabla 6, se aprecia la elaboración de los baremos del Cuestionario de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), donde se presentó mediante cuatro niveles a diferencia del instrumento inicial, esto se realizó por medio de los centiles, obteniendo las siguientes categorizaciones: Severamente disfuncional, disfuncional, moderadamente funcional y funcional, lo cual nos permitirá ubicar y analizar el nivel que alcanzan la variable funcionalidad familiar.

Por otra parte, para el presente estudio se decidió realizar una revisión psicométrica del ajuste de la validez y confiabilidad de la prueba. Por ello, se aplicó una prueba piloto a un grupo de 100 personas con características similares a la población.

Validez

Tabla 7

Matriz de estructura factorial de depresión

	Factor
DE 1	.511
DE 2	.435
DE 3	.824
DE 4	.697
DE 5	.631
DE 6	.477
DE 7	.495
DE 8	.742
DE 9	.565
DE 10	.756
DE 11	.516
DE 12	.496
DE 13	.514
DE 14	.609
DE 15	.680
Autovalor	6.116
% V.E.	40.776
% V.E.A.	40.776

Nota: %V.E.: Porcentaje de Varianza Explicada, %V.E.A.: Porcentaje de Varianza Explicada Acumulada.

Como se visualiza en la tabla 7, con respecto a la validez, se utilizó el programa Factor para el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), obtenido con el método de mínimos cuadrados robusto no ponderado y rotación promin, el índice muestral KOM es de .89 y la prueba de Esfericidad de Bartlett fue $< .01$, lo cual permite seguir con el uso de AFE.

En cuanto a la extracción del factor, se observó un autovalor importante mayor a 1, y un total del % de varianza > 40. Así mismo, observó cargas elevadas mayores a .40 en los 15 ítems. Por tanto, se confirma la teoría del autor, que el instrumento es unidimensional.

Confiabilidad

Tabla 8

Estadístico de confiabilidad de depresión

(n=100)	N° de Ítems	α [IC 95%]
Total de depresión	15	.871 [.816, .910]

Nota: n = muestra, α = alfa de Cronbach, IC=intervalo de confianza del 95%

En la tabla 8, se observa que la Escala de depresión geriátrica presentó un valor de confiabilidad alpha de Cronbach de .87 para la puntuación de la escala general y un intervalo de confianza de .81 a 91, siendo estos valores óptimos y aceptables.

Baremos

Tabla 9

Puntaje de las normas percentilares de depresión

	Centil	PD	Decatipos	PD a medir
Ausencia	1 a 15	0 a 2	1 a 2	0 a 1
Leve	16 a 50	3 a 5	3 a 5	2 a 5
Moderada	51 a 85	6 a 10	6 a 8	6 a 11
Severa	86 a 99	11 a 15	9 a 10	12 a 15

Nota: PD = puntajes directos

En la tabla 9, se aprecia la elaboración de los baremos de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesave, donde se presentó mediante cuatro niveles a disimilitud del instrumento inicial, esto se realizó por medio de los centiles, obteniendo las siguientes categorizaciones: Ausencia, leve, moderada y severa; lo cual nos permitirá ubicar y analizar el nivel que alcanzan la variable depresión.

4.2. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable

El presente estudio tiene como objetivo principal dar a conocer la funcionalidad familiar como factor protector de la depresión. Así mismo, describir y establecer la correlación entre las variables según edad, estado civil y tipo de familia en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor.

Nivel de funcionalidad familiar en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador en función a edad

La tabla 10 permite describir la distribución porcentual de la muestra en cuanto a los niveles de funcionalidad de familiar, observándose que el 46% presenta familias disfuncionales (severamente disfuncional o disfuncional), es decir: 1 de cada 2 adultos mayores aproximadamente. En cuanto a rango de edad, se observa un mayor porcentaje en usuarios 75 años a más, señalando que 56.5% tiene problemas en la interacción con su miembro familiares.

Tabla 10

Niveles de funcionalidad familiar en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en función a edad

Nivel	Edad			
	General	60 a 65	66 a 74	75 a >
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Severamente disfuncional	7 (7.0)	2 (8.7)	2 (3.7)	3 (13)
Disfuncional	39 (39.0)	8 (34.8)	21 (38.9)	10 (43.5)
Moderadamente funcional	44 (44.0)	11 (47.8)	25 (46.3)	8 (34.8)
Funcional	10 (10.0)	2 (8.7)	6 (11.1)	2 (8.7)
Total	100(100)	23 (100)	54 (100)	23 (100)

Nota: n = muestra, % = porcentaje, > = más edad.

Nivel de depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador en función a edad

Como se aprecia en la tabla 11, el 45% de usuarios tienen síntomas de depresión, entre moderada y severa. Así mismo, se observa que los adultos mayores de rango de edad más avanzada (a partir de 66 años a más), evidencian mayor presencia de depresión severa.

Tabla 11

Niveles de depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en función a edad

Nivel	Edad			
	General	60 a 65	66 a 74	75 a >
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ausencia	12 (12.0)	5 (21.7)	4 (7.4)	3 (13.0)
Leve	43 (43.0)	9 (39.1)	22 (40.7)	12 (52.2)
Moderada	38 (38.0)	8 (34.8)	25 (46.3)	5 (21.7)
Severa	7 (7.0)	1 (4.3)	3 (5.6)	3 (13.0)
Total	100	23 (100)	54 (100)	23 (100)

Nota: n = muestra, % = porcentaje, > = más edad.

4.3. Contrastación de hipótesis

La funcionalidad familiar como factor protector de la depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador

Ho: La funcionalidad familiar no constituye ser un factor protector de la depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Villa El Salvador.

Ha: La funcionalidad familiar constituye ser un factor protector de la depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador.

En la tabla 12, se presenta los resultados del análisis regresión logística binomial. El modelo logístico resulta de buen ajuste o válido dado que el Logaritmo de la verosimilitud -2 (-2LL = 131.115) final disminuye en 6.513 con respecto al modelo inicial (-2LL = 137.628); asimismo, el R^2 de Nagelkerke informa que el modelo de una variable (funcionalidad familiar) explica de manera general en 8.4% la varianza de la depresión. Además, el Odds Ratio (OR < 1) evidencia que cuando el entorno familiar es funcional constituye ser un factor protector para la depresión en adultos mayores, es decir, si la familia funciona de manera satisfactoria previene en 35% la probabilidad de no presentar depresión.

Tabla 12*Análisis de regresión logística binomial*

	B	Error estándar	Wald	gl	<i>p</i>	OR [95% IC]
Funcionalidad familiar(1)	-1.045	.416	6.307	1	.012	.352 [.156, .795]
Constante	.351	.299	1.377	1	.241	1.421

Nota: (1) referencia de grupo = funcionalidad, gl = grados de libertad, *p* = probabilidad de significancia, OR = odds ratio, IC = intervalo de confianza

Relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a edad

H₀: No existe relación negativa entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a edad.

H_a: Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a edad.

En la tabla 13, se aprecia que la funcionalidad familiar y depresión se encuentran relacionadas en los tres grupos etarios. Sin embargo, hay variabilidades en cuanto a la importancia de relaciones de acuerdo al tamaño de efecto, observándose que conforme la edad aumenta, el tamaño de efecto va variando; los resultando en ambas variables, presenta un incremento de capacidad explicativa de .10 hasta el .41. Por ende, se acepta la hipótesis alterna del estudio y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 13

Correlación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios en función a edad

	Funcionalidad familiar				
	Rango de edad	n = 100	Rho [IC95%]	p	TE
Depresión	60 a 65	23	-.326 [-.651, .1]	.065	.10
	66 a 74	54	-.456** [-.645, -.214]	.001	.20
	75 a >	23	-.646** [-.836, -.319]	.001	.41

Nota: n = muestra, rho = Coeficiente de correlación de Spearman, IC95% = Intervalo de Confianza del 95%, p = probabilidad de significancia, TE = Tamaño de Efecto.

Relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a estado civil

H₀: No existe relación negativa entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a estado civil.

H_a: Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a estado civil.

En la tabla 14 se puede observar que los adultos mayores que se encuentran separados y divorciados, presentan una magnitud de relación negativa fuerte (-.75 y -.76) de tamaño de efecto grande y altamente significativo, teniendo una capacidad explicativa para ambas variables (.56 y .58 respectivamente). Por tanto, se confirma parcialmente la

hipótesis de la investigación, dado que en los dos grupos etarios (separados y divorciados), se halla relaciones con tendencia a negativa que se preveía por teoría. Sin embargo, para los casados no se aprecia de igual manera, debido a que los datos hallados no avalan ni apoyan lo mencionado anteriormente.

Tabla 14

Análisis de correlación entre funcionalidad familiar y depresión en función a estado civil

		Funcionalidad familiar			
	Estado civil	n = 100	Rho [IC95%]	p	TE
Depresión	Separado	23	-.754** [-.890, -.496]	.000	.56
	Casado	51	-.134 [-.395, .147]	.348	.01
	Divorciado	26	-.768** [-.890, -.542]	.000	.58

Nota: rho = Coeficiente de correlación de Spearman, p = Probabilidad de significancia, TE = tamaño de efecto.

Relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a tipo de familia.

H₀: No existe relación negativa entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a tipo de familia.

H_a: Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a tipo de familia.

En cuanto en la tabla 15, se visualiza en el tipo de familia, una relación diferenciada, observándose una importante relación negativa y fuerte (-.69) de tamaño de efecto grande (> .50) y capacidad explicativa de 48% en usuarios monoparentales,

más no en usuarios procedentes de familias nucleares. Por ende, los datos encontrados nos permiten apoyar parcialmente la hipótesis alterna, solo para la familia monoparental, más no para los que proviene de familias nucleares, debido a que no se aprecia relación entre las variables.

Tabla 15

Análisis de correlación entre funcionalidad familiar y depresión en función a tipo de familia

		Funcionalidad familiar			
	Tipo de familia	n = 100	<i>Rho</i> [IC95%]	<i>p</i>	TE
Depresión	Nuclear	51	-.134 [-.395, .147]	.348	.01
	Monoparental	49	-.695** [-.817, -.514]	.000	.48

Nota: *rho* = Coeficiente de correlación de Spearman, *p* = Probabilidad de significancia, TE = tamaño de efecto.

CAPÍTULO V

DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1. Discusiones

El envejecimiento, forma parte de un proceso natural del ser humano, evidenciando cambios en el estado mental como físico. Por ese motivo, la familia juega un papel sustancial en la vida del adulto mayor, debido que no solo es la primera base de apoyo de soporte psicológico, físico, económico y social, sino permiten la conservación de la salud mental (Fernández y Manrique, 2010; Landeros-Herrera et al., 2015; SSLP y MMN, 2012). Por esa razón, el presente estudio tuvo como objetivo general analizar el modelo de regresión logística para predecir si la funcionalidad familiar es un factor protector de la depresión, encontrándose como resultado que, si la dinámica familiar entre los miembros es adecuada, prevenirá un 35% (OR < 1, $p = .012$) de no sufrir síntomas depresivos. Estos datos son avalados por Chero y Villena (2016) encontrándose que existe relación negativa (- .39) y altamente significativa ($p = .00$) entre la funcionalidad familiar y depresión. Así mismo, esta información es reforzada por Keeler y Siegel (2016), Ramírez (2018) y Saavedra-Gonzales et al. (2016) los cuales hallaron que las familias funcionales, donde se apoyan de manera recíproca y cumple las pautas o reglas establecidas dentro de ella, protege e impide la vulnerabilidad de la salud en la vejez, como también disminuiría los síntomas depresivos. Dado que la familia es una red de apoyo, teniendo la capacidad de brindar estabilidad emocional y protección ante sucesos que pongan en riesgo el funcionamiento de la familia e integración (Duran et al., 2007, García-Madrid et al., 2007). Por tanto, lo mencionado explicaría que la relación entre los miembros familiares debe ser apropiada para prevenir o disminuir los síntomas depresivos como comorbilidades en el adulto mayor. En consecuencia, Fernández y Manrique (2010) y Losada (2015) refieren que es vital que en la vejez se mantenga una

apropiada interacción entre el grupo familiar, favoreciendo el bienestar emocional y salud. Por tanto, es relevante informar tanto a los familiares como a la población de la tercera edad, lo sustancial que es la dinámica familiar para la prevención o desarrollo de enfermedades tanto mentales como físicas (López, 2018). Puesto como sostiene Álvarez (2014) para un envejecimiento adecuado, es necesario que se promueva el bienestar psicológico y la capacidad familiar para contrarrestar la vulnerabilidad a esta edad.

Por otro lado, en los últimos años, la esperanza de vida ha tenido un crecimiento precipitado, trayendo como consecuencia un aumento en el grupo de personas de 60 años a más (ONU, 2019; Rodríguez y Jumbo, 2017). Así mismo, la OMS (2021b) estima que se duplicará la población de la tercera edad para el 2050, como consecuencia de este panorama se visualizará en diversos países del mundo. Por ese motivo, se buscó conocer cuál de los grupos etarios presenta mayor nivel de depresión y disfuncionalidad familiar. Por consiguiente, se describió y analizó la relación entre las variables con relación al grupo etario, siendo los usuarios de rango de edad más avanzada (75 años a más), tienen un 56.5% dificultades en la dinámica de relación entre los miembros. Así mismo, se evidencia mayor presencia de depresión severa en las personas de 65 años a más. Sumado a ello, se observó que entre los tres grupos etarios existe una relación entre la funcionalidad familiar y depresión, aunque se observa variabilidad ascendente en el tamaño de efecto con una capacidad explicativa del 10% al 41%.

Estos datos, son respaldados por la OMS (2015) dado que las personas al llegar a la vejez son más vulnerables y dependientes de algún cuidador o familiar. Por ello, Bertel (2012) y Manrique-Espinoza et al. (2013) refieren que, en la ancianidad, presenta sentimientos de tristeza y decaimiento, debido a que la persona que lo cuida, se ve

afectado en sus entusiasmo y emociones, a causa de que, al pasar mayor tiempo al cuidado del adulto mayor, va enfrentando mayores demandas del mismo, y sumado a ello, sus propias responsabilidades, trayendo como consecuencia que no se realice dicha acción de la mejor manera. Añadiendo a ello, la falta de apoyo familiar, juega un papel determinante, ya que al no cumplir con la atención necesaria que requiere en la vejez, aumentará la probabilidad de presentar síntomas depresivos (Cerquera y Meléndez, 2010), caracterizados por sentimientos de tristeza, inutilidad, falta de afecto y pensamiento frecuente de suicidio o muerte, etc. (APA, 2013; Gonzáles, 2011). Por ende, mientras a más edad, mayor será la dependencia de un cuidador como el riesgo de presentar síntomas de depresión, y más aún si el entorno familiar no supe las demandas y atenciones que requieren. Por tanto, resulta necesario establecer nuevas estrategias para una apropiada atención y cuidado al adulto mayor, con la finalidad de reforzar su bienestar psicológico (Hernández et al., 2016).

Por otra parte, a medida que la persona de la tercera edad va envejeciendo, experimenta acontecimientos en su vida como: el fallecimiento del cónyuge o un ser querido, en otros casos el divorcio o separación de la pareja. Siendo estos sucesos perjudiciales para su estado anímico. Por tanto, se buscó conocer si existe correlación entre las variables del estudio según su estado matrimonial, encontrándose una relación inversa entre funcionalidad familiar y depresión en función a estado civil, donde los usuarios que se encuentran separados y viudos tienen una correlación fuerte con una capacidad explicativa más del 50% en comparación con los casados, que no se halló relación alguna. Estos datos, son apoyados por Segura-Cardona et al. (2018) y Vásquez (2016) refieren que los adultos mayores que hayan disuelto sus lazos matrimoniales, o

estén separados, suelen presentar síntomas depresivos. Por ello, se concluye que los dos grupos de riesgo expresados anteriormente, son los más propensos a sufrir problemas de salud mental. De igual modo, Rodríguez (2011) acota que los adultos mayores son quienes sufren mucho más ante el rompimiento del vínculo afectivo. Siendo por ello preocupante, y más aún frente al fallecimiento del cónyuge, en ocasiones desencadenará sentimientos de soledad y tristeza, y si en caso de que, los lazos afectivos entre la pareja fueron muy fuertes, el impacto emocional será mucho mayor en la vida de la persona. Por eso, Jonis y Lacta (2013) refiere que el paciente geriátrico en esta etapa de vida tiende a sufrir, alteración en su calidad de vida. Por ende, es necesario desarrollar políticas en su salud para que sean direccionadas en su prevención.

Por lo expuesto anteriormente, se buscó conocer si existe correlación entre las variables del estudio según tipo de familia, hallándose una relación diferenciada, debido a que solo los usuarios provenientes de familias monoparentales, presentaron una relación inversa y fuerte entre las variables, con un tamaño de efecto grande y capacidad explicativa del 48%. Más no, se halló correlación alguna para las familias nucleares. Este resultado apoya, lo que refiere Saavedra-Gonzales et al. (2016) las familias nucleares funcionaban como factor protector, la cual impedía la vulnerabilidad de la salud del adulto mayor. En cambio, los ancianos que provengan de familias uniparentales, constituido por un progenitor en el hogar, tendrá mayor efecto perjudicial en su vejez (Orosco, 2015; INEI, 2017; Sáenz, 2017; Cruz, 2018; Kaïm, 2020). Por ello, la familia es un sistema activo, que resulte que cualquier cambio o eventualidad, repercutirá el funcionamiento de la familia, por eso los cambios necesitan un proceso de adaptabilidad, interacción y

reglas dentro del hogar, con la finalidad de tener la continuidad y desarrollo del grupo familiar Ramirez (1999).

De acuerdo a los puntos señalados anteriormente, se procedió a describir los niveles de funcionalidad familiar en los adultos mayores, por tanto, lo datos obtenido sustenta que el 46% tiene familias disfuncionales. Tales resultados se asemejan con el estudio de Pahuara (2019), Ramírez (2018) y Viteri et al. (2019) donde encontraron que más del 50% presentaron disfuncionalidad familiar. En cambio, Troncoso y Soto (2018) hallaron que 70% de su muestra tienen familias altamente funcionales. Conjuntamente a ello, Escalona y Ruiz (2016) refieren que se encontró un nivel promedio en el funcionamiento familiar de su estudio, puesto que cada miembro de la familia cumple un rol asignados dentro de ella. Sin embargo, resulta preocupante el resultado del estudio, dado que casi el 50% son familia disfuncional, siendo que no cumple sus deberes y roles asignado dentro del hogar, generando un desequilibrio en la estabilidad de la familia por las conductas de los miembros. Así mismo, es un factor determinante para el desarrollo de diversas comorbilidades en el adulto mayor, en vista que, al verse inservibles, sin un rol o función, suscitará sentimientos de tristeza y desesperanza, lo cual predisponen a inicios de síntomas depresivos u otras enfermedades (Hunt, 2007; López, 2018). Así mismo, la familia tiene la capacidad para mantenerse congruentes y estables antes los problemas desestabilizantes que puedan existir, sin embargo, esta no se deja decaer ya que mantienen su estado de salud mental de manera equilibrada (Pahuara, 2019).

De la misma manera, se describió e identificó los niveles de depresión, observándose que el 45% de usuarios tienen síntomas de depresión moderada y severa. Estos datos son apoyados por Chero y Villena (2016) debido a que presentaron

resultados similares (48% de depresión moderada y severa) al estudio. Podemos añadir a ello, que la OMS (2017) refiere que el 20% de las personas de la tercera edad son más comunes de presentar algún trastorno mental (depresión) debido a los diversos factores que se encuentra asociado a ello, tales como: social, psíquico y biológico. Cabe resaltar, que la depresión causa efectos perjudiciales en el ámbito psíquico como físico (Orosco, 2015). Siendo para el 2020, la segunda causa de discapacidad mental en el mundo (Jonis y Llacta, 2013). Y en otros casos más graves, llevándolo al suicidio. No obstante, la depresión no es parte del envejecimiento, aunque antiguamente se le haya visto asociado a la ancianidad (Sánchez-González y Marín-Mora, 2015). Para Aguilar-Navarro y Ávila-Funes (2007) resulta importante que la población geriátrica cada cierto tiempo lo evalúen para poder prevenir y ser diagnosticado a tiempo, y conjuntamente a ello, realizar una tratamiento o terapia eficaz con la finalidad de contrarrestar los efectos dañinos y enfermedades crónicas en la vida del adulto mayor.

5.2. Conclusiones

Conforme a los resultados hallados, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Si dentro el hogar del adulto mayor, la interacción de los miembros familiares es adecuada y buena, la funcionalidad familiar será un factor protector de la depresión, previniendo un 35 % ($p= .012$ y un intervalo de confianza del .15 al .79).
2. Los usuarios de edad más avanzada y provenientes de familias disfuncionales están más predispuestos a presentar síntomas depresivos. A mayor edad son más dependientes de su cuidador por presentar limitaciones funcionales propio del proceso del envejecimiento.

3. Los usuarios que se encuentran separados y divorciados, suelen sufrir más si en caso los lazos afectivos fueron muy fuertes (existe correlación negativa fuerte y altamente significativa, de tamaño de efecto grande y con un 50% de capacidad explicativa para ambas variables. Por el contrario, para los casados, no se halla lo mencionado anteriormente)
4. Los adultos mayores de familia monoparentales, se halló que tiene una correlación negativa y fuerte (-.69) de tamaño de efecto grande ($> .50$) y capacidad explicativa del 48%. En cambio, para las familias nucleares, no se aprecia relación alguna entre las variables.
5. El 46% de adultos mayores de la muestra, presenta familias disfuncionales, en cuanto al grupo etario, se evidencia que el 56.5% del rango de edad más avanzada (75 años a $>$) tiene familias no funcionales.
6. El 45% de la muestra general, presenta síntomas de depresión moderada y severa, así mismo, se evidencia mayor presencia de depresión severa, en los dos últimos grupos de edad más avanzada.

5.3. Recomendaciones

1. Debido a la presencia de un grupo considerable de adultos mayores, se encontró que muchos de ellos se encuentran en familias disfuncionales, resulta por ello, importante y necesario que el Municipio realice campañas de concientización a la población y más aún, a las personas que convivan con un adulto mayor dentro del hogar, para que puedan comprender la importancia de la familia en la vida de una persona de la tercera edad, y así, promover una calidad de vida saludable para una ancianidad feliz.

2. En cuanto al CIAM, se le recomienda como una prioridad necesaria, implementar un área psicología para las atenciones de enfermedades de salud mental más frecuente en etapa de vida, así como programas preventivos dirigido a los adultos mayores como cuidadores y familiares, en la que pueda tener una participación activa dentro de ello, en razón que conozcan los cambios tanto físicos y emocionales que van experimentando al llegar a esta edad, y puedan tomar conciencia de la importancia del apoyo que deben recibir. Ya que como refiere Jonis y Llacta (2013) existe poca sensibilización e importancia de la salud mental cuando llegan a la ancianidad.
3. Por otro lado, se recomienda que si dentro de un grupo familiar, existe un adulto mayor de edad avanzada, se debe decidir si contar con un cuidador para que vele por su cuidado y atención que demande, y si en todo caso, no fuera factible, se debería reunirse los integrantes del miembro familiar para determinar el responsable que asumirá dicho rol o turnarse, a fin de que el estado emocional y físico no se vea afectado tanto para ambas partes.
4. Así mismo, se debe tener mayor cuidado con los usuarios que se encuentren separados, divorciados o provenientes de familias uniparentales, dado que son más vulnerables emocionalmente, y predispuesto a sufrir síntomas depresivos. Por ello, es relevante realizar campañas, talleres o charlas dentro de la institución como en la sociedad para concientizar a la población que la familia es un factor protector de la depresión en los adultos mayores.
5. Integrar al adulto mayor en las actividades familiares, considerar su opinión y experiencia como un aporte de sabiduría para la resolución de conflictos a través

de un ambiente de respeto y armonía. Asimismo, incentivar al adulto mayor a su participación activa en el CIAM para la interacción con sus pares.

6. Finalmente, se debe considerar en futuras investigaciones trabajar con las variables sociodemográficas, tanto género como grado de instrucción, puesto que en las investigaciones precedentes como Escalona y Ruiz (2016), Segura-Cardona et al. (2018) y Tartaglioni et al. (2017) encontraron que el género femenino presenta mayor porcentaje de depresión, como también lo que no han alcanzado estudios secundarios o superiores. Además, de ampliar la muestra representativa, en los estratos sociales como medios geográficos con la finalidad de conocer la realidad en cada uno de ellos.

REFERENCIAS

Abramson, L., Metalsky, G., & Alloy, L. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372.

Aguilar, C. (2017). *Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en adolescentes tardíos* [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca UCUENCA. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28397>

Aguilar-Navarro, S. y Ávila-Funes, J. (2007). La depresión: particulares clínicas y consecuencias del adulto mayor. *Gaceta Médica de México*, 143(2), 141-148. <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>

Alderete, C. (2008). *Factores protectores y de riesgo presentes en la familia con un integrante que presente discapacidad intelectual, beneficiario del centro de rehabilitación Club de Leones "Cruz del Sur" de la ciudad de Punta Arenas* [Tesis de pregrado, Universidad Magallanes Chile]. Repositorio UMAG http://www.umag.cl/biblioteca/tesis/alderete_pincol_2008.pdf

Álvarez, E. (2016). Bases neuroquímicas de la depresión. Un modelo médico de la enfermedad depresiva. *Psiquiatría Biológica*, 23(1), 09-15. [https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(17\)30048-9](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(17)30048-9)

Álvarez, K., Delgado, A., Naranjo, J., Pérez, M. y Valdez, A. (2012). Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. *Revista de Ciencias Médicas del Pinar del Río*, 16(2), 124-137. <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/897>

- Álvarez, R. (2014). *Medicina General Integral* (3° ed.). Ciencias Médicas.
http://aulavirtual.sld.cu/pluginfile.php/74420/mod_resource/content/1/medicina_gral_tomo2.pdf
- American Psychiatric Association (2018). *Manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales DSM – 5* (5° ed.). Editorial Médica Panamericana
- Antonuccio, D., Ward, C. y Tearnan, B. (1989). *The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), Progress in behavior modification. Sage*
- Apóstolo, J., Alves, L., Bobrowicz, E., Dos Reis, I., Carvalho, A., Henriques, S. y Correia, C. (2018). Exploring the screening capacity of the European Portuguese version of the 15-item Geriatric Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 23*(2), 99-107.
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. y Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Alergia México, 63*(2), 201-206.
<https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Arias, W., Yepez, L., Núñez, A., Oblitas, A., Pinedo, S., Masías, M., y Hurtado, J. (2013). Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Propósitos y representaciones, 1*(2), 83-103.
- Ayala, L. (2017). *Necesidades prioritarias de los adultos mayores según su percepción en un club del adulto mayor. Lima - Perú* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marco]. Repositorio de Tesis Digitales CYBERTESIS.
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/5816>

- Baca, E. y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5), 373-380. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003&lng=es&tlng=es.
- Bacca, A., González, A., Rodríguez, A. y Uribe, F. (2005). Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 53-63. <https://search.proquest.com/docview/214141797?accountid=187086>
- Báez, L. (2013). *Las familias disfuncionales y su incidencia en el comportamiento de las niñas de quinto grado de educación básica de la escuela sagrado corazón de Jesús de la parroquia la magdalena provincia de pichincha*. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Digital UTA. <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/5670>
- Baldeón-Martínez, P., Luna-Muñoz, C., Mendoza-Cernaqué, S., y Correa-López, L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47-52. <https://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B, y Gary, E. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Behar, D. (2008). *Metodología de la investigación*. Ediciones Shalom. <https://es.calameo.com/read/004416166f1d9df980e62>
- Bermúdez, C. y Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica: Aspectos teóricos y aplicaciones prácticas*. Editorial Síntesis.

- Bertel, A. (2012). Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(1), 77-85.
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa* (2° ed.). La Muralla.
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
- Bustos, L. y Sánchez, J. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar* [Tesis de especialidad, Universidad de la Sabana]. Repositorio Universidad de La Sabana.
<https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/2082>
- Buttiglione, R. (1999). *La persona y la familia*. Biblioteca Palabra.
<https://books.google.com.ec/books?id=zqjEgQXHW34C&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>
- Caballo, V. (1997.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos: Tratamiento conductual de la depresión unipolar*. Siglo XXI de España Editores.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Camejo, R. (2015). *La familia como institución*. El Cid Editor.
<https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/32895>

- Campoverde, M. (2016). Relación entre clima social familiar y depresión en adultos mayores CAM – Piura, 2015 [Tesis de pregrado, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]. Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA.
- Cardona, D., Segura, A., Segura, A., y Garzón, M. (2015). Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. *Biomédica*, 35(1), 73-80.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2381>
- Cardona, D., Segura, A., Segura, A., Muñoz, D. y Agudelo, M. (2019). La felicidad como predictor de funcionalidad familiar de adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia la promoción de la Salud*, 24(1), 97-111. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v24n1/0121-7577-hpsal-24-01-00097.pdf>
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E., y Quintero, A. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 32(1), 9-19.
- Carreras, A. (2014). *Recursos, Funcionalidad y Disfuncionalidad familiar*.
<https://es.scribd.com/document/422724936/Recursos-funcion-y-disfunc-fam-A-Carreras-2014-pdf>
- Cerquera, A. y Meléndez, C. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 63-71. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80113673005>
- Chero, C. y Villena, R. (2016). *Funcionalidad familiar y nivel de depresión del adulto mayor. Centro adulto mayor essalud. GUADALUPE* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio UNT.
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7699>

- Clément, J., Nassif, R., Léger, J. y Marchan F. (1997). Desarrollo y contribución a la validación de una breve versión francesa de la Yesavage Geriatric Depression Scale. *Encephale*, 23(2), 91-99. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9264935/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe. La dinámica del ciclo económico actual y los desafíos de política para dinamizar la inversión y el crecimiento*. Naciones Unidas. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42001/159/S1700700_es.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2019, 15 de junio). *Hechos de Derechos Humanos en cifras*. Naciones Unidas. CEPAL. <https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/a2019-10-13-hechosdederechoshumanosencifras-uds-web-144dpi.pdf>
- Congreso de la República del Perú (2020, 15 de marzo). Decreto Sobre N°044-2020-PCM. *Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19*. Diario Oficial del Bicentenario El Peruano. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/566448/DS044-PCM_1864948-2.pdf
- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 46-52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Cruz, M. (2018). *Funcionamiento familiar y maltrato al adulto mayor que acude al centro del adulto mayor de Santa Cruz de Cajamarca, 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio de Tesis UPAO. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3737>

- Cuadro, A. (2013). Depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados. *Revista de trabajo y acción social*, 20(52), 109-132.
- Cumming, E. y Henry, W. (1961). *Growing old, The process of disengagement*. Basic Book.
- Desatnik, O. (2004). *El modelo estructural de Salvador Minuchin en Terapia familiar: Su uso hoy en día*. Pax México.
- Diario Oficial del Bicentenario El Peruano (2020). *Ley de la persona adulta mayor*. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>
- Diccionario de la lengua española (2014). *Familia* (23° ed.). Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/familia>
- Duran, D., Orbegoz, L., Uribe, A. y Uribe, J. (2007). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64770119>
- Erikson, E. (1985). *El ciclo vital completado*. Paidós
- Escalona, B. y Ruiz, A. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 38-46. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133947583005.pdf>
- Espejel, E. (1997). Estudios de familia en relación con la esquizofrenia. *Instituto de la familia de México*, 23(2), 54-58.
- Fernández, R. y Manrique, F. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global*, 9(2), 1-9. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/107281/101941>

- Ferrer-Honores, P., Miscán-Reyes, A., Pino-Jesús, M. y Pérez-Saavedra, V. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista enfermería Herediana*, 6(2), 51-58. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/febrero/funcionamientofamiliarsegunelmodelocircumplejodeolson.pdf>
- Fonseca, R. (2017). *Juicios orales en materia familiar*. IURE Editores. <https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/40207>
- Fuentes, A., y Merino, J. (2016). Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu*, 14(2), 247-283. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461546437003>
- García-Madrid, G., Landeros-Olvera, E., Arrijoja-Morales, G. y Pérez-Garcés, A. (2007). Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social*, 15(1), 21-26. <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadellInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2007/vol15/no1/4.pdf>
- García, J. (2016). *Metodología de la investigación para administradores*. Ediciones de la U. <https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/70269>
- Gennarini, S. (2016, 30 de enero). Informe de la ONU: No hay definición de familia. C-Fam. https://c-fam.org/friday_fax/informe-de-la-onu-no-hay-definicion-de-familia/
- Giddens, A. (1998). *Sociología* (4° ed.). Alianza Editorial.
- Gómez-Angulo, C., y Campo-Arias, A. (2008). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743.

- González, M. (2011). *Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro* [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Institucional UWIENER.
- González, M y Robles, J. (2013). *Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, diciembre de 2011* [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Digital UWIENER. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/67>
- Hernández, D. (2018). *Percepción de la Funcionalidad familiar en los adultos mayores del club de autoayuda San Judas Tadeo – zona sur del Callao, periodo 2018* [Tesis de postgrado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional UIGV. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3268>
- Hernández, M., Lumbreras, I., Hernández, I., Báez, M., Juárez, C., Banderas, J. y Banda, O. (2016). Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16(2), 7-24. <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2016/muv162a.pdf>
- Huamán. E. y Pauyac, R. (2019). *Funcionalidad familiar y estilos de vida del Adulto Mayor, Centro de Salud de Chilca, Huancayo* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio Institucional – UNCP. <https://docplayer.es/178261331-Funcionalidad-familiar-y-estilos-de-vida-del-adulto-mayor-centro-de-salud-de-chilca-huancayo-2018.html>
- Huerta, J. (2005). *Medicina familiar: la familia en proceso de salud-enfermedad. La familia como unidad de estudio*. Editorial Alfil <https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/72734>

Hunt, J. (2007). La Familia Disfuncional, Haciendo las paces con el pasado. *Hope for the heart*, 07(2), 1-14.

Iglesias, J. (2001). *La Soledad en las personas mayores: Influencias Personales, familiares y Sociales. Análisis Cualitativo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Instituto de Política Familiar (2018). *Report on the Evolution of the Family in Europe 2018*.
<http://www.ipfe.org/Espa%C3%B1a/Documentos/IPF?page=2>

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (2017). *Capítulo 6: Características del hogar*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/cap06.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (2021, 3 de septiembre) Situación de la población Adulta Mayor. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1.pdf

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2012, junio). *La depresión y el suicidio: mitos y creencias*.
<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2012/006.html>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2014, 12 de agosto). *La Depresión es una enfermedad mental que puede ser mortal si no se detecta y trata a tiempo*. <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/033.html>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (s.f.). *La depresión*. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/1.html>

- Jelin, E. (1998). *Pan y afectos. La transformación de las familias* (2° ed.). Fondo de Cultura Económica. <https://catedralibrets.files.wordpress.com/2015/05/jelin-pan-y-afectos.pdf>
- Jonis, M. y Llacta, D. (2013). Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. *Revista Médica Herediana*, 24(1), 78-79. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000100013&lng=es&tlng=es.
- Juárez, J., León, A., y Alata, V. (2012). Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH "Viña alta" – La Molina, Lima-Perú. *Horizonte Médico*, 12(2),28-31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637125005>
- Kaïm, E. (2020). *Valores, familia y escuela*. IURE Editores. <https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/130390>
- Keeler, A. y Siegel, J. (2016). Depression, help-seeking perceptions, and perceived family functioning among Spanish-Dominant Hispanics and Non-Hispanic Whites. *Journal of Affective Disorders*, 202(1), 236-246. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.017>
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento* (4° ed.). McGraw-Hill. <https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u2/kerlinger-investigacion.pdf>
- Koenig, H y Blazer, D. (1992). Epidemiología de transtornos afectivos geriátricos. *Clínica Geriátrica*, 8(1), 235-251.
- La Rosa, S. (2017). *Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor que acude al centro de salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis 2016* [Tesis de pregrado,

Universidad de Huánuco]. Repositorio UDH.
<http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/601>

Lacan, J. (1977). *La Familia*. By Ediciones HOMO SAPIENS.

Laguado, E., Camargo, K., Campo, E. y Martín, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>

Landeros-Herrera, J., Simental-Medina, L. y Rodríguez-Durán, J. (2015). Perfil psicosocial y percepción del apoyo familiar en adultos. *Revista Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(5), 558-563. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155k.pdf>

León, L. y Sihuacollo, J. (2015). *Funcionamiento familiar y estilos de vida en adultos mayores de los clubes de la microred Hunter – MINSA, Arequipa 2015* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional de la UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/365>

Llanes, H., López, Y., Vázquez, J. y Hernández, R. (2015). Factores psicológicos que inciden en la depresión del adulto mayor. En *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*, 21(1), 65 – 74.

López, M. (2018). *Relación entre la percepción de funcionalidades familiar y dislipidemia en pacientes mayores de 50 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°1 del IMSS delegación Aguascalientes* [Tesis de postgrado, Universidad Autónoma de aguascalientes]. Repositorio Bibliográfico UAA. <http://hdl.handle.net/11317/1643>

- López, M., Barrera, M., Cortés, J., Guines, M. y Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y sus familiares. *Salud Mental*, 34(2), 111-120. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58220799004>
- Losada, A. (2015). *Familia y Psicología*. Editorial Dunken.
- Luque, G. (2018). *Características personales y nivel de depresión en adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Institucional Vicerrectorado de Investigación UNAP. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/9214>
- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A, Moreno-Tamayo, K., Acosta-Castillo, I., Sosa-Ortiz, A. y Gutiérrez-Robledo, L. y Téllez-Rojo, M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 55(2), 323-331. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331032>
- Manzanera, R. y Lozano, J. (2009). Neurobiología de la Depresión: Consecuencias físicas y tratamiento farmacológico. *Seminario*, 1(1), 01-10. <https://1aria.com/images/entry-pdfs/Neurobiologia%20de%20la%20depresion.pdf>
- Martin (2007). Metodología de investigación en estudios de usuarios. *General de Información y Documentación*, 17(2), 129-149. <https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/10253>
- Martina, M., Ara, M., Gutiérrez, C., Nolberto, V., y Piscoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-

2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 393-397.
<https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>

Martínez, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 26-40. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es&tlng=es

Mayhua, R. y Sanchez, N. (2017). *Capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica – 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Huancavelica]. Repositorio Institucional UNH. <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1387>

McCubbin & A. I. Thompson (1987). *Family assessment inventories for research and practice* (1° ed.). University of Wisconsin Publishers.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (2007). *Pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM)*. Perú Progreso para todos. https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/NO%20CIAM_boletin.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015). *Estadística de PAM*. Comisión Multisectorial. https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Lima_Metro2.html

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2016). *Plan Nacional de Fortalecimiento a las familias 2016-2021*. <https://www.mimp.gob.pe/files/planes/PLANFAM-2016-2021.pdf>

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2013). *Guía clínica AUGE Depresión en personas de 15 años a más, series guías clínicas MINSAL* (3° ed.). Ministerio de Salud. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (2008). *Guía práctica clínica en depresión*. Ministerio de Salud. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf

Ministerio de Salud del Perú (2013, 22 de marzo). *Guía técnica de diagnóstico y tratamiento de depresión en adultos de 18 a 65 años para médicos no psiquiatras, Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP) – CNSP - INS*. https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2018-07-1/07_SERIE_GUIA_TECNICA_N_01-2013_Guia_Tecnica_de_diagnostico_y_tratamiento_de_depresion.pdf

Minuchin, S. y Fishman, H. (1985). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.

Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa. <https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/61060>

Mitjans, M. y Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Españolas Psiquiatría*, 40(2), 70-83. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>

Molés M., Esteve, A., Lucas, M. y Folch, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de una zona urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58-82. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>

- Monroy-Rojas, A., Contreras-Garfías, M., García-Jiménez, M., García-Hernández, M, Cárdenas-Becerril, L. y Rivero-Rodríguez, L. (2016). Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 25-30. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n1/1665-7063-eu-13-01-00025.pdf>
- Montalvo, J. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29(3), 459-475. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80529304>
- Montes, C. (2004). La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja. *Vitae: Academia Biomédica Digital*, 1(18), 01-15.
- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136-138. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/136-138/es>
- National Institute of Mental Health (2018, febrero). *Depresión*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
- National Institute of Mental Health. (2021). *Depresión*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-6427.00144>
- Olson, H., Russell, C. y Sprenkle, D. (1989). *Circumplex model: systemic assessment and treatment of families*.

Organización de las Naciones Unidas (2019, 17 de junio). *La población mundial sigue en aumento, aunque sea cada vez más vieja*. <https://www.un.org/development/desa/es/news/population/world-population-prospects-2019.html>

Organización Mundial de la Salud (2012, 9 de octubre). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. https://apps.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/index.html

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=968BCAC4EC234CB3D5F7218966497610?sequence=1.

Organización Mundial de la Salud. (2017, 12 de diciembre). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Mundial de la Salud (2021a, 13 de septiembre). *Depresión*. [who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)

Organización Mundial de la Salud (2021b, 4 de octubre). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Panamericana de la Salud (2021). *Prevención del suicidio*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Depresión*. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

- Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, 1(18), 91-104.
<https://hdl.handle.net/20.500.12724/2285>
- Ortega, T., De la Cuesta, D. y Días, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Cubana de Enfermería*, 15(3), 164-168.
<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf05399.pdf>
- Pahuara, M. (2019). *Percepción de la funcionalidad familiar mediante el APGAR familiar en adultos mayores del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Cercado de Lima* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3272>
- Palomino, R. y Peña, M. (2019). Factores sociodemográfico y depresión en adultos mayores, Curgos 2018 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio UNT. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11629>
- Pan American Health Organization (2012). *Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública*.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796:2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&Itemid=1914&lang=en
- Pedrosa, I., Juarros-Basterretxea, J., Robles-Fernández, A., Basteiro, J. y García-Cueto, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar? *Universidad Psicológica*, 14(1), 245-254.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n1/v14n1a21.pdf>

- Pérez, E., De la Cuesta, D., Louro, I. y Bayarbe, H. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de la salud humana*, 4(1), 63-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5128785>
- Pérez, V. y Arcia, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 45-56. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es&tlng=es.
- Prieto, G. y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-7. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1797.pdf>
- Puello, M., Silva, M, y Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10(2), 225-246. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982014000200004&lng=en&tlng=es.
- Ramírez, M. (2018). *Funcionamiento familiar y situación sociofamiliar de adulto mayor quechua hablante de la asociación rayito de sol junio - 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1681>
- Ramirez, S. (1999). *Teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy*. Aprender a aprender.
- Ramos, L. (2016). Reseña del libro Construcción de pruebas psicométricas: aplicaciones a las ciencias sociales y de la salud, por Livia, J. y Ortiz, M. *Revista Digital de*

Investigación en Docencia Universitaria, 10),92-94.
<http://dx.doi.org/10.19083/ridu.10.479>

Raue, P., Ghesquiere, A. & Bruce, M. (2014). Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep*, 16(9), 466.
<https://doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8>

Ribot, V., Alfonso, M., Ramos, M. y Gonzáles, A. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(5) 699-708.

Rodríguez, C. y Guaya, M. (2017). *Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región 7 del Ecuador 2016* [Tesis de postgrado, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Digital UNL.
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18359>

Rodríguez, C. y Jumbo, E. (2017). *Situación socio familiar del adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar en la Zona 7. 2016* [Tesis de postgrado, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Digital UNL.
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18272>

Rodríguez, E. y Romero, C. (2011). *Funcionalidad familiar y dependencia de los adultos mayores. El Porvenir 2011* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio UNT. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/5803>

Rodríguez, K (2011). Vejez y envejecimiento. *Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud*. https://doi.org/10.48713/10336_3286

Ruiz, D., Zegbe, J., Sánchez -Morales, F. y Castañeda-Iñiguez, M. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones pública de salud en Zacatecas. *Revista de Educación y Desarrollo*, 3(6), 73-78

- Ruiz, M. (2014). Funcionalidad familiar y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Temática Psicológica*, 11(1), 53-63. https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista_tematica_psicologia_2015/53RUIZ.pdf
- Saavedra-Gonzales, A., Rangel-Torres, S., García-de León, A., Duarte-Ortuño, A., Bello-Hernández, Y. e Infante-Sandoval, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*, 23(1), 24-28. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30073-6).
- Sáenz, M. (2017). *Medicina, amor y familia* (1° ed.). Editorial Universidad Nacional de Colombia. <https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/129806>
- Saenz-Miguel, S., Runzer-Colmenares, F., y Parodi, J. (2019). Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. *Acta Médica Peruana*, 36(1), 26-31. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100005&lng=es&tlng=
- Seligman, M (1975). *Helplessness: On depression, development, and death* (2° ed.). W. H. Freeman.
- Salud Sin Límites Perú y Medicus Mundi Navarra. (2012, mayo). *Aportes para la operativización del modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad en el primer nivel*. Salud Sin Límites Perú y Medicus Mundi Navarra Delegación Perú. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf>
- Sánchez, C. (2012). Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 18-28. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133924623003.pdf>

- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. El Manual Moderno.
- Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanista*. Editorial Universidad Ricardo Palma.
<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1480>
- Sánchez-González, L. y Marín-Mora, A. (2015). Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. *Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 1(2), 74-80.
<http://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/53>
- Santiesteban, E. (2014). *Metodología de la investigación*. Editorial Académica Universitaria. <https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/151737>
- Santos, S., Tier, C., Silva, B., Barlem, E., Felicianni, A., y Valcarenghi, F. (2010). Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). *Enfermería Global*, 9(3), 1-13. <https://doi.org/10.6018/eglobal.9.3.110811>
- Sarabia, C. (2012). La imagen corporal en los ancianos. Estudio descriptivo. *Gerokomos*, 23(1), 15-18. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2012000100003&script=sci_abstract&tlng=ES
- Segura, I. (2012). *Percepción de la calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una institución prestadora de servicios de salud Barranquilla* [Tesis de postgrado, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional Biblioteca digital UN. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/9930>
- Segura-Cardona, A., Hernández-Calle, J., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, A., Muñoz-Rodríguez, D. y Jaramillo-Arroyave, D. (2018). Depresión en el adulto

- mayor: Un estudio en tres ciudades de Colombia. *Revista Salud Uninorte*, 34(2), 409-419. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81759552016>
- Senado, J. (1999). Factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 15(4), 446-452.
- Showing, P. (2019). Funcionamiento familiar y su relación con la felicidad en adultos mayores de la localidad de Huánuco 2018 [Tesis de pregrado, Universidad de Huánuco]. Repositorio Institucional UDH. <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/2079>
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Staccini, L., Tomba, E., Grandi, S., y Keitner, G. (2015). The evaluation of family functioning by the family assessment device: A systematic review of studies in adult clinical populations. *Family Process*, 54(1), 94-115. <https://doi.org/10.1111/famp.12098>
- Supo, F., y Cavero, H. (2014). *Fundamentos teóricos y procedimentales de la investigación científica en ciencias sociales* (1° ed.). Universidad nacional del Altiplano - Puno. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez – Juliaca. <https://www.felipesupo.com/wp-content/uploads/2020/02/Fundamentos-de-la-Investigaci%C3%B3n-Cient%C3%ADfica.pdf>
- Tamayo-Megret, M. y Martín-Cala, M. (2013). Funciones básicas de la familia. Reflexiones para la orientación psicológica educativa. *EduSol*, 13(44), 60-71. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475748683007>

- Tartaglini, M., Dillon, C., Hermida, P., Feldberg, C., Somale, V y Stefani, D. (2017). Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 518-527.
<https://www.redalyc.org/pdf/4038/403852563007.pdf>
- Teixeira, M., Nunes, M., Ribeiro, M., Arbinaga, F. y Vasconcelos-Raposo, J. (2016). Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(3), 55-66.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232016000300006&lng=es&tlng=pt.
- Tello, M. (2015). *Nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en un Centro de atención de salud del MINSA.2014* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marco]. Repositorio de Tesis Digitales CYBERTESIS. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/4256>
- Treviño, M. (2017). *Derecho familiar*. IURE Editores.
<https://elibro.net/es/lc/biblioua/titulos/40209>
- Troncoso, C. y Soto, N. (2018). Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horizonte Medico*, 18(1), 23-28.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v18n1/a04v18n1.pdf>
- Tuesta-Molina, R., Fierro, N., Molinares, A., Oviedo, F., Polo-Arjona, Y., Polo-Cueto., J. y Sierra, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5), 596-604.

Turpo, L.y Vásquez, A. (2017). *Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en estudiantes de secundaria, Institución Educativa Inmaculada Concepción. Arequipa 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5160>

Universidad Autónoma del Perú (2017). Código de ética en la investigación.

Vásquez, A. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. *Medica Granma*, 20(3), 586-602. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul163j.pdf>

Velasco-Rodríguez, R., Godínez-Gomez, R., Mendoza-Pérez, R., Torres-López, M., Moreno-Gutiérrez, I. e Hilerio-Lopez, A. (2012). Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(2), 91-96. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122f.pdf>

Veschi, B. (2018, octubre). Etimología de la familia. *Etimología origen de la palabra*. <https://etimologia.com/familia/>

Viteri, E., Velis, L., Terranova, A. y Márquez, K. (2019). Funcionalidad familiar y adultos mayores: una mirada desde la intervención comunitaria. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 4(1), 97-105. <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/13/15>

Yap, B. y Sim, C. (2011). Comparisons of various types of normality tests. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 81(12) 2141-2155. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00949655.2010.520163>

Zeng, W., North, N., & Kent, B. (2012). A framework to understand depression among older persons. *Journal of Clinical Nursing*, 21(18), 2399-2409.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

AUTORA: Noelia Stephanie Meza Ramírez.

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS
FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTOR PROTECTOR DE LA DEPRESIÓN EN USUARIOS DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE VILLA EL SALVADOR.	Formulación del problema ¿Constituye la funcionalidad familiar ser un factor protector de la depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador?	Objetivo general Determinar en qué medida la funcionalidad familiar constituye ser un factor protector de la depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador. <ol style="list-style-type: none">1. Describir el nivel de funcionalidad familiar en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a edad.2. Describir el nivel de depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a edad.3. Identificar la relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a edad.4. Identificar la relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a estado civil.5. Identificar la relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a tipo de familia.	Hipótesis general Ha: La funcionalidad familiar constituye ser un factor protector de la depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador. H1: Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a edad. H2: Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a estado civil. H3: Existe relación entre funcionalidad familiar y depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador, en función a tipo de familia.

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN 01
ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (VERSIÓN REDUCIDA)

Yesavage y Brink (1983)

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres:

Género Femenino () Masculino () **Edad:**

Estado Civil: Separado () Casado () Viudo () Divorciado ()

Grado de instrucción: Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()

Tipo de Familia: Nuclear () Monoparental () Reconstituida () Extensa ()

Nº	ITEMS	SÍ	NO
1	En general ¿Está satisfecho con la vida?		
2	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?		
5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?		
6	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?		
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8	¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?		
9	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas?		
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11	En estos momentos ¿Piensa que es estupendo estar vivo?		
12	¿Actualmente se siente un/a inútil?		
13	¿Se siente lleno/a de energía?		
14	¿Se siente sin esperanza en este momento?		
15	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?		

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN 02

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL

Pérez, De la Cuesta, Louro y Bayarre (1997)

A continuación encontraras una lista de afirmaciones que caracterizan las relaciones en la familia del adulto mayor. Marca con una (X) donde consideras que corresponda, donde:

1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = A veces 4 = Casi siempre 5= Siempre

Nº	ITEMS	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi familia 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 alguien de la familia tiene un problema los demás 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 interés y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

ANEXO 4: INFORME DE SOFTWARE ANTI PLAGIO

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDÍCE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.autonoma.edu.pe

Fuente de Internet

3%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

3

repositorio.upla.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

es.scribd.com

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

dspace.unitru.edu.pe

Fuente de Internet

1%

8

www.dspace.uce.edu.ec

Fuente de Internet

<1%

9

repositorio.upt.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

ANEXO 5

CARGO



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

OFICIO 401-2019-U. AUTONOMA-FCH/EPP

Lima Sur, 30 de octubre del 2019

Lic. María Lucrecia Cruzate V.
Sub Gerente de Salud, Sanidad y Bienestar Social
CIAM – Villa El Salvador

De nuestra mayor consideración
Presente. -



Es grato dirigimos a Usted para expresarle nuestro cordial saludo a nombre de las autoridades de la Universidad Autónoma del Perú y el nuestro propio, así mismo, aprovechamos la oportunidad para solicitarle autorice el ingreso a la institución que Ud. dignamente dirige de nuestra estudiante de la Escuela Profesional de Psicología-Facultad de Ciencias Humanas, quien como parte de la tesis titulada: "**Funcionalidad Familiar como factor protector de la depresión en Usuarios de un Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador**", desea aplicar pruebas psicológicas dirigida a los usuarios de su representada. Todo ello servirá para el recojo de datos para la mencionada investigación. La persona encargada que realizará dicha actividad es:


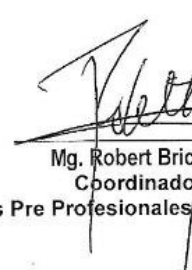
MEZA RAMIREZ NOELIA STEPHANIE

Ella asistirá a su despacho para coordinar con Ud. los detalles pertinentes.

Esperando contar con su valioso apoyo y agradeciendo a su gentil deferencia, reitero mi cordial saludo.

Atentamente



Dr. José Anicama Gómez
Decano de la Facultad de Ciencias Humanas



Mg. Robert Briceno Alvarez
Cordinador (e)
Prácticas Pre Profesionales de Psicología



ANEXO 6: ASENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por..... He sido informado(a) de que la meta de este estudio es Funcionalidad familiar como factor de protector de la depresión en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de Villa El Salvador.

Me han indicado también que tendré que responder algunas preguntas, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puede retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acaree perjuicio alguno para mi persona. De tener interrogantes sobre mi participación con este estudio puedo contactar al teléfono

Entiendo que una copia de esta ficha de Asentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

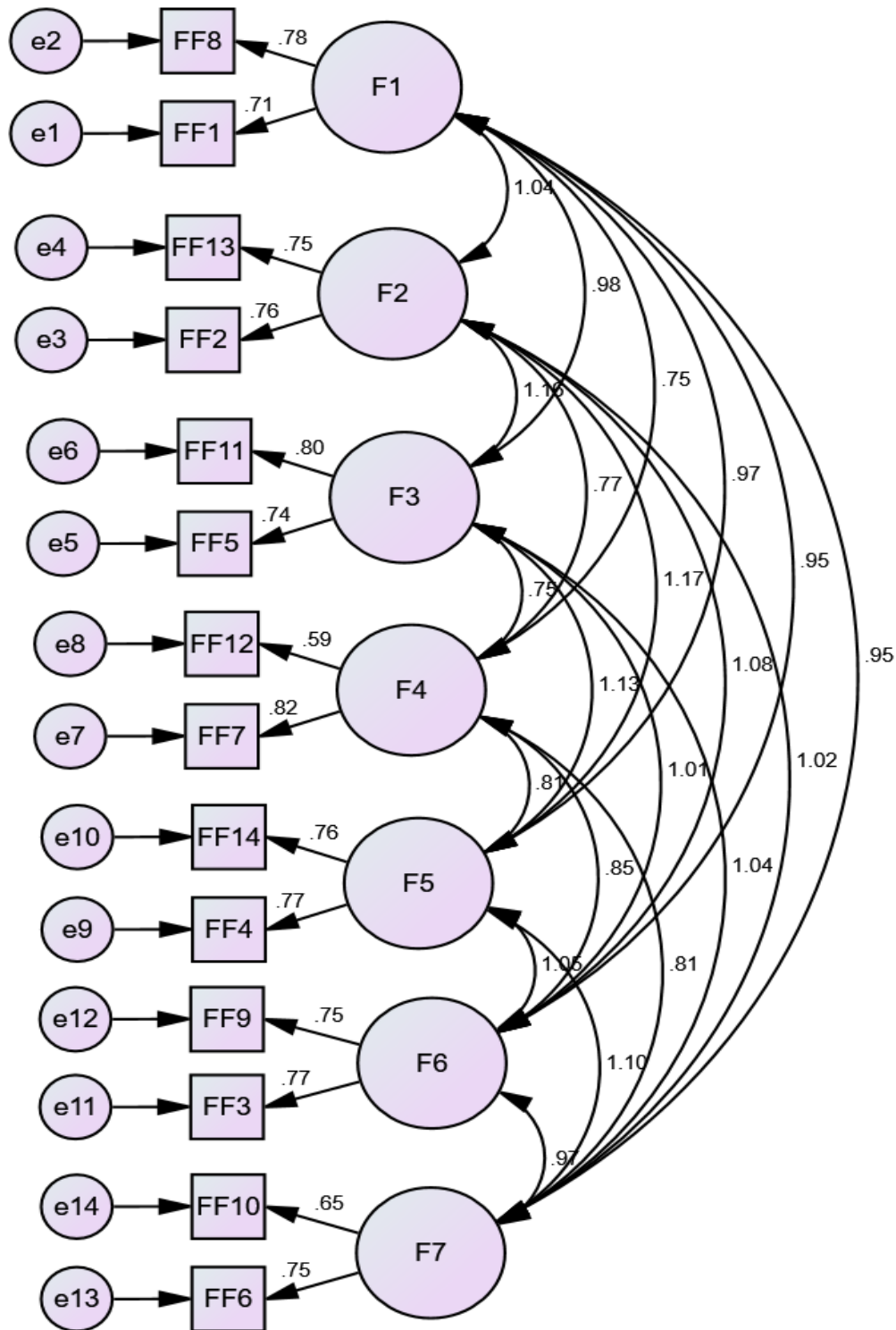
.....
Nombre del participante
(Letras imprenta)

.....
Firma del participante

.....
Fecha

ANEXO 7

Figura 1. Modelo multidimensional de 7 dimensiones



ANEXO 8: FOTOS

