



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



DEPRESIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES EN TIEMPOS DE COVID-19, MICRO RED CAPACHICA-PUNO 2021

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. JHUDITH JHULISZA APAZA SOTO

Bach. JUDITH MELANY GALINDO GODOY

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2022



DEDICATORIA

A mis padres Efrain y Juana por su apoyo incondicional, consejos, confianza, amor, ayuda en los momentos difíciles y apoyo económico, para mis estudios. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, para lograr mis objetivos.

A mi hermano por el apoyo emocional constante y sus invaluable consejos que fortalecieron mi alma y encaminaron hacia la culminación de mis estudios.

A mis amigas, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida, con quienes compartí gratos momentos de mi vida universitaria, que me apoyaron de manera incondicional en todo momento.

Jhudith Jhulisza.



DEDICATORIA

Con eterno amor a Dios, quien me protege y guía cada paso de mi vida, derramando sus bendiciones y fortaleza, para seguir adelante en la formación de mi profesión, e iluminándome constantemente para obrar y cosechar bien.

A mis padres Melanio y Santusa por haberme dado la vida, el amor, el cariño, el apoyo económico para culminar mis estudios y sobre todo por estar siempre conmigo aconsejándome y motivándome a crecer como persona; gracias por creer en mí y encaminarme a lograr todos mis objetivos, este logro es también de ustedes.

A mi hermana Liccely por su compañía y apoyo constante, también a mis amistades, con quienes compartí hermosos y gratos momentos de mi vida universitaria, con quienes aprendí bastante y que me apoyaron de manera incondicional en todo momento.

Judith Melany.



AGRADECIMIENTOS

- A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, por habernos brindado la oportunidad de formarnos como profesionales.
- A la Facultad de Enfermería, por habernos acogido durante cinco años, en nuestra preparación profesional, así mismo por habernos brindado conocimientos para desempeñarnos como futuras profesionales de Enfermería.
- A nuestra asesora y directora de tesis: Mg. Nancy Silvia Álvarez Urbina por sus constantes orientaciones, correcciones, apoyo moral y ayuda incondicional, durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.
- A los miembros de jurado calificador: Dra. Frida Judith Málaga Yanqui, Dra. Filomena Lourdes Quicaño De López, Lic. Margot Alejandrina Muñoz Mendoza, por sus valiosas sugerencias y aportes que nos brindaron para la culminación del presente trabajo de investigación.
- A las diferentes licenciadas de los Centros de Salud de la Micro Red Capachica, por habernos brindado la confianza y las facilidades durante la ejecución de la presente investigación; también a todas aquellas personas que nos ayudaron y apoyaron con sus sugerencias en el desarrollo del estudio.

Jhudith Jhulisza.

Judith Melany.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN 12

ABSTRACT..... 13

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 14

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 17

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 18

1.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN 18

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO 19

2.1.1. Depresión 19

2.1.1.1. Depresión del adulto mayor 19

2.1.1.2. Depresión del adulto mayor en tiempos de COVID-19..... 20

2.1.1.3. Causas de la depresión 21



2.1.1.4. Fisiopatología de la depresión.....	22
2.1.1.5. Sintomatología de la depresión	23
2.1.2. Funcionamiento familiar	30
2.1.2.1. Familia	30
2.1.2.2. Funcionamiento familiar	31
2.2.2.3. Tipos de familia	32
2.2.2.4. Tipos de funcionamiento familiar	33
2.2.2.5. Dimensiones del funcionamiento familiar (APGAR).....	35
2.2. MARCO CONCEPTUAL	40
2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	41
2.3.1. A nivel internacional.....	41
2.3.2. A nivel nacional	43
2.3.3. A nivel regional y local.....	45
CAPÍTULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	46
3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	46
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	47
3.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	49
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	55
3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	56



3.8. PRUEBA DE HIPÓTESIS 57

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS..... 59

4.2. DISCUSIÓN 67

V. CONCLUSIONES 77

VI. RECOMENDACIONES 78

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 79

ANEXOS..... 92

AREA: Salud del Adulto.

TEMA: Depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19.

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 20 de diciembre de 2022



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.....	59
Tabla 2.	Nivel de depresión en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.	60
Tabla 3.	Nivel de funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.....	61
Tabla 4.	Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Adaptabilidad Familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021	62
Tabla 5.	Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Participación Familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.	63
Tabla 6.	Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Desarrollo o gradiente de Crecimiento Familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.....	64
Tabla 7.	Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Afectividad Familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.	65
Tabla 8.	Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Capacidad de resolución Familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.	66
Tabla 9.	Características sociodemográficas de los adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.....	99



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Nivel de depresión y Funcionamiento Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.....	103
Gráfico 2.	Nivel de depresión en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.....	103
Gráfico 3.	Nivel de funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.	104
Gráfico 4.	Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Adaptabilidad Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.	104
Gráfico 5.	Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Participación Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.....	105
Gráfico 6.	Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Desarrollo o gradiente de crecimiento Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.	105
Gráfico 7.	Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Afectividad Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.....	106
Gráfico 8.	Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Capacidad de resolución Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.....	106
Gráfico 9.	Adaptabilidad Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.....	107



Gráfico 10. Participación Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.	107
Gráfico 11. Desarrollo o gradiente de crecimiento Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.	108
Gráfico 12. Afectividad Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.	108



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

COVID-19: Enfermedad respiratoria muy contagiosa causada por virus SARS-CoV-2.

UNFPA: Naciones Unidas del Perú.

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

MINSA: Ministerio de Salud.

MERS: Síndrome Respiratorio del Oriente Medio.

GDS-VE: Depresión Geriátrica de Yesavage, en su versión abreviada.

GDS: Escala de depresión geriátrica.

APGAR: Adaptabilidad, participación, desarrollo o gradiente de crecimiento, afectividad y capacidad de resolución familia.



RESUMEN

El presente estudio, tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro Red Capachica - Puno, 2021. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, con enfoque cuantitativo y diseño no experimental transversal. La población estuvo conformada por 2173 adultos mayores y la muestra por 327, la selección fue por muestreo probabilístico estratificado. La técnica para la recolección de datos fue la encuesta y como instrumento se aplicó el “Cuestionario de la Escala de Funcionamiento Familiar” (APGAR), y “Cuestionario Escala Abreviada de Yesavage”. Los resultados muestran que el 37,3% de los adultos mayores presentan depresión severa y el 19,6% depresión moderada. Respecto al funcionamiento familiar, el 67,6% de los adultos mayores presentan disfunción familiar severa y el 18,3% disfunción familiar moderada. Al relacionar las variables, del 37,3% de adultos mayores que presentan depresión severa, el total presenta disfunción familiar severa. Así mismo, del 19,6% que tienen depresión moderada, el 15,3% presentan disfunción familiar severa. Conclusión: De manera que es propicio indicar que existe relación ($Rho = -0,648$) siendo esta significativa ($p=0,000$) entre el nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica, porque a mayor disfunción familiar, mayor es la depresión del adulto mayor.

Palabras Claves: Adultos mayores, COVID-19, Depresión, Funcionamiento familiar.



ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between the level of depression and family functioning in older adults in times of COVID-19 in the Micro Red Capachica - Puno, 2021. The study was of a descriptive correlational type, with an effective approach and design without experimental cross section. The population consisted of 2173 older adults and the sample of 327, the selection was proven stratified probabilistic. The technique for data collection was the survey and as an instrument the "Family Functioning Scale Questionnaire" (APGAR) and "Yesavage Abbreviated Scale Questionnaire" were applied. The results show that 37.3% of older adults have severe depression and 19.6% moderate depression. Regarding family functioning, 67.6% of older adults present severe family dysfunction and 18.3% moderate family dysfunction. When relating the variables, of the 37.3% of older adults who present severe depression, the total presents severe family dysfunction. Likewise, of the 19.6% who have moderate depression, 15.3% have severe family dysfunction. Conclusion: So it is propitious to indicate that there is a relationship ($Rho = -0.648$), this being significant ($p = 0.000$) between the level of depression and family functioning in older adults in times of COVID-19 in the Capachica Micro network, because greater family dysfunction, greater the depression of the elderly.

Keywords: Older adults, COVID-19, Depression, Family functioning.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La depresión es una enfermedad que ocasiona sentimientos de tristeza profunda y persistente, donde la persona pierde interés para realizar las actividades de la vida cotidiana e incluso síntomas somáticos tales como fatiga, insomnio los que interfieren con la vida diaria de las personas, estos síntomas pueden durar por lo menos dos semanas (1).

Al respecto, la OMS indica que a nivel mundial “más de 300 millones de personas viven con depresión” y afirma que en la Región de las Américas los problemas de depresión alcanzan los 50 millones de casos. Además; refiere que, la depresión afecta al 7% de adultos mayores y representa un 5,7% de los años vividos con discapacidad (2) en el año 2020 la depresión fue la segunda causa de discapacidad (3) y estos trastornos fueron más comunes en los adultos mayores (4).

Por otro lado, en un estudio realizado por la OPS, señala que en el primer año de la pandemia por COVID-19, la prevalencia de depresión se incrementó en un 25% donde los servicios de salud mental, fueron los más interrumpidos o paralizados (7) debido a las consecuentes medidas de aislamiento, que agravaron los problemas de salud mental, en el que las personas tuvieron que afrontar el miedo a contagiarse uno mismo o a los familiares y conocidos, con el consecuente riesgo de muerte (6).

Mientras tanto, en América Latina; se realizó un estudio en el que se evidenció que el Covid-19 ha afectado el estado de ánimo de los adultos mayores, luego de hacer



una investigación con cerca de 10.000 adultos mayores, se encontró que el 30,2% presentan depresión; asimismo, en la revisión analizada por países se demostró que México (38,9 %) y Perú (38,1 %) tienen los niveles más altos de depresión geriátrica y Venezuela, los más bajos (21,35 %) (8).

En el marco nacional Peruano, tras una encuesta realizada por el Plan de Salud Mental del MINSA, durante la pandemia de COVID-19, en 58,349 personas; encontraron al 28.5% con sintomatología depresiva, del que predomina la depresión moderada, siendo más prevalente en mujeres (30.8%) y menor en varones (23.4%) (6). Además, en un estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo de Lima, se demostró que el 25.5% de los adultos mayores presentan depresión moderada (9). Por otro lado, en la Región de Puno; tras un estudio llevado a cabo en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, se evidenció que el 50% de adultos mayores presentan depresión leve y el 45% depresión severa (10).

La familia tiene una gran responsabilidad sobre la salud y la situación social de los adultos mayores, toma un papel muy importante no sólo en el proceso de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas, resultados que dependerán de si la familia es de tipo disfuncional o por el contrario funcional y que cuenta con recursos adecuados de soporte social (34). Es así que, una familia funcional ofrece estabilidad emocional a sus integrantes cuando estos tienen problemas, conflictos o situaciones críticas y priorizan sus problemas para la solución en conjunto. Además sus integrantes viven en armonía, con independencia y comprometidos con el funcionamiento familiar (11).



Al respecto, estudios realizados en el ámbito internacional, como Ecuador ha demostrado que la mayoría de los adultos mayores perciben a sus familias como disfuncionales (60). Por otro lado, en México; tras un estudio realizado en la Casa del Adulto Mayor, se encontró que prevaleció la funcionalidad familiar moderada, indicando que la familia cubre las funciones asignadas (62).

No obstante, en el Perú; en un estudio realizado a adultos mayores de un Hospital del MINSA de la ciudad de Lima, encontraron que prevaleció la disfunción familiar severa con el 42.3% y solo el 21.4% tenían buena funcionalidad familiar; además, determinaron que existe correlación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas (9). Asimismo, en el Hospital Distrital Santa Isabel de La Libertad, se encontró que el 42% de los adultos mayores presentan disfuncionalidad familiar leve; además, demostró que existe relación entre el nivel de funcionamiento familiar y el nivel de depresión, según la prueba estadística Chi cuadrado a un nivel de significancia del 5% (65).

Según las evidencias citadas, nos muestran que existen estudios realizados a nivel hospitalario y son pocos los estudios realizados en zonas rurales o en adultos mayores que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención, como los que están comprendidos dentro de la Micro Red Capachica y que describan el impacto en salud mental de la pandemia por Covid-19. Por otro lado, se observó que en la Micro Red Capachica, existe un gran número de adultos mayores, los que en su mayoría viven únicamente con la pareja y su familia directa (hijos) no están presentes, esta situación obedece posiblemente a la idiosincrasia de los pobladores, cuando son jóvenes migran del campo a la ciudad, abandonando a los padres quienes se quedan en calidad de cuidantes de sus bienes territoriales y animales, pero con frecuencia son olvidados por la familia, tanto en sus necesidades básicas y emocionales (Anexo 6).



Por lo cual, las investigadoras parten de esta problemática; ya que en la atención al adulto mayor durante las prácticas pre-profesionales realizadas en la Micro Red Capachica, se observó a varios adultos mayores melancólicos, expresando sus problemas de abandono con llanto y tristeza; haciendo referencia que están solos desde hace mucho tiempo y fueron olvidados por sus hijos que se fueron a otras ciudades como Arequipa, Lima y Tacna por motivos de trabajo. Otros, sin embargo, son viudos (as) y manifiestan tristeza por la muerte de su cónyuge. En cambio, los que viven con su familia, expresaban sentimientos de culpabilidad y sienten ser una “carga” para su familia. También, referían que se encontraban tristes por que la pandemia de Covid 19, no ha permitido que sus hijos y familiares puedan ir a visitarlos, debido a la restricción de movilidad, por lo que estuvieron aún más tristes y abandonados.

En tal sentido, los resultados que se obtengan en la investigación serán de gran utilidad para el profesional de Enfermería, la información le permitirá establecer planes de intervención para disminuir los niveles de depresión que estuvieron presentando los adultos mayores, a través de reuniones que permitan integrar a la familia para dar a conocer estrategias de afrontamiento, debido a que este problema deteriora progresivamente la salud del adulto mayor. Además, nos permitirá conocer el rol que viene cumpliendo la familia para atenuar el nivel de depresión que puede estar presentando el adulto mayor.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre el nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro Red Capachica – Puno, 2021?



1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Determinar la relación entre el nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de depresión de los adultos mayores.
- Identificar el nivel de funcionamiento familiar de los adultos mayores.
- Establecer la relación entre el nivel de depresión y el funcionamiento familiar, según sus dimensiones de los adultos mayores.

1.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Ha.

Existe relación entre el nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

Ho.

No existe relación entre el nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Depresión

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una enfermedad que ocasiona en las personas tristeza en forma continua, pérdida de interés al realizar actividades que normalmente se disfrutaba, e incluso lleva a la persona a la incapacidad para realizar sus actividades diarias, durante al menos 2 semanas (13). Es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo, porque las personas muchas veces no pueden acceder a los programas de salud mental que les permita tener una vida saludable y beneficiosa (2).

Además el MINSA, refiere que este trastorno mental, se caracteriza por presentar sentimientos de tristeza profunda, falta de energía y/o pérdida de interés, incapacidad para disfrutar y obtener placer (anhedonia), además ocasiona trastornos de sueño o del apetito, que afecta la vida de la persona (6).

2.1.1.1. Depresión del adulto mayor

La depresión es extensivo en la población general; pero en los adultos mayores acompaña al envejecimiento (14). Este trastorno mental, presenta una alta prevalencia en esta población, aunque los factores que influyen en ella son modificables (15). Además, necesita ser atendido y diferenciado de otras alteraciones emocionales que puede presentar el adulto mayor, ya que esta población debido a su edad tienen declinados sus facultades y con suma facilidad suelen deprimirse y muchas veces ser confundido con demencia senil (16).



Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Al respecto, se sabe que más de un 20% de adultos mayores sufren algún trastorno mental y el 6,6% discapacidad, es decir en ese grupo etario hay una gran prevalencia de trastornos mentales y del sistema nervioso; de los cuales el 7% tiene depresión, le sigue el 5% con demencia y el 3,8% con ansiedad. La falta de apoyo a las personas que presentan trastornos mentales, junto con el miedo al estigma social, hace que estas no accedan a centros de atención de salud mental y obtengan vidas saludables y productivas (13).

2.1.1.2. Depresión del adulto mayor en tiempos de COVID-19

Durante la cuarentena por Covid 19, los adultos mayores han presentado mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión debido a que se generó episodios de miedo por el contagio a uno mismo o a sus seres queridos, con el consecuente riesgo de muerte, sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad (44). Los adultos mayores se vieron obligados a un aislamiento social, en el que tuvieron que permanecer dentro de sus hogares, sin tener contacto con personas ajenas al entorno familiar, ausencia de visitas familiares, limitación en actividades recreativas o pasar tiempo al aire libre. Estas restricciones sociales causaron efectos negativos en el bienestar y la salud mental de los adultos mayores, limitando su capacidad de socialización y elevando los niveles de trastornos del estado de ánimo en esta población (2).

Asimismo, otros factores causaron el incremento de la depresión, como la difusión de la información alarmista, el miedo de contagiarse o perder a un ser querido; este se exacerbó por los mitos y por la desinformación en medios de comunicación (radio, televisión, entre otros), a menudo impulsado por noticias erróneas y por la mala comprensión de los mensajes relacionados a la pandemia de



Covid-19, lo que ha llevado a los adultos mayores a experimentar trastornos depresivos (73).

2.1.1.3. Causas de la depresión

No se conoce con exactitud la etiología de la depresión en el adulto mayor, pero se sabe que en ella intervienen factores psicosociales, genéticos y biológicos. Entre los factores psicosociales, se ha observado que los episodios depresivos se originan después de algún evento estresante, como problemas de la vida diaria, dentro de ellas citar a las separaciones de la pareja, muerte de algún familiar, entre otros. El trastorno depresivo se presenta con mayor severidad en las personas ansiosas, debido a que estas personas no tienen habilidades sociales para enfrentar a los agentes estresores y con suma facilidad se deprimen, también en este grupo se encuentran las personas que tienen problemas mentales, así mismo las mujeres que sufren tensiones en forma cotidiana se encuentran en mayor riesgo para sufrir un estado depresivo (18).

Entre los factores genéticos que intervienen en el trastorno depresivo, se ha reportado que alrededor de 200 genes están involucrados con el trastorno de la depresión, la influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo. Es así que personas con parientes de primer grado (padres, hermanos o hijos) que presentan depresión, tienen mayor probabilidad de desarrollar también esta enfermedad (18).

En cuanto a los factores biológicos, la depresión es causada por un desequilibrio en el nivel de neurotransmisores y hormonas, los que ocasionan modificaciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central (19). En ellos existe un déficit funcional de los neurotransmisores como la: serotonina (5-HT), noradrenalina (NA) y dopamina en las regiones límbicas (emocionales) del cerebro,



como también existen cambios en el equilibrio hormonal del cuerpo. Así mismo, estos pueden presentarse durante el climaterio, en el que los síntomas depresivos, están asociados a la disminución de los niveles de estrógeno y su influencia indirecta sobre los andrógenos (20).

2.1.1.4. Fisiopatología de la depresión

El control de las emociones está regulado por el sistema límbico, el cual da respuestas autónomas, endocrinas y del comportamiento ante los retos que comprometen el equilibrio de esta, es por ello que se denominada el “cerebro emocional”. Es así que el sistema límbico juega un papel importante en las alteraciones de la homeostasia emocional. Los cambios estructurales y funcionales que ocurren en el trastorno depresivo, pueden ser explicados por múltiples procesos moleculares y fisiológicos que ocurren durante los episodios depresivos, entre los que tenemos (19).

Déficit funcional de los neurotransmisores, la depresión es causada por un déficit funcional de los neurotransmisores: serotonina (5-HT), noradrenalina (NA) y dopamina en las regiones límbicas (emocionales) del cerebro. Estos neurotransmisores se distribuyen por toda la red de neuronas del sistema límbico, el estriado y los circuitos neuronales corticales prefrontales, quienes proporcionan las manifestaciones conductuales de los trastornos del estado de ánimo (21).

Factor Neurotrófico, las neurotrofinas como el factor de crecimiento nervioso (NGF) es una proteína importante para los procesos de neurogénesis y la plasticidad neuronal tanto en el sistema nervioso central y sistema nervioso periférico. Diversos estudios reportan una formación anormal de la sinapsis e interrupción de la



neurogénesis en pacientes deprimidos. Su disminución afecta también las funciones de las áreas cerebrales límbicas que participan en el control del ánimo (19).

Déficit de GABA, este es el principal neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso central que modula el balance inhibitorio - excitatorio del cerebro. Se demostró que en pacientes diagnosticados con depresión existe reducción del GABA en el plasma sanguíneo y en el líquido cefalorraquídeo (22).

Neuroendocrinos, Múltiples estudios demuestran que las personas con depresión secretan mayor cantidad de hormona del estrés: el cortisol. Es así que el nivel de cortisol se encuentra elevado en personas con depresión (19).

2.1.1.5. Sintomatología de la depresión

“La depresión es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos”. Esta enfermedad ocasiona una serie de síntomas como “tristeza patológica, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Además, en esta situación depresiva también se presentan los síntomas de “tipo cognitivo y conductual” (23).

Cuando los adultos mayores presentan depresión, por lo general “existe descenso en las funciones psicomotoras que no les permite realizar sus actividades diarias, como el autocuidado; así mismo presenta problemas en la vida sexual, y paulatinamente se afecta el lenguaje, con lo que aparece el deterioro mental y por ello, podemos observar a los adultos mayores con tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina)” (23).



2.1.1.6. Factores de riesgo de la depresión

En los adultos mayores, la depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, como los que se presentan a continuación: (24).

a) Demográficos

Diversos estudios demostraron que las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar depresión en comparación con los varones. La prevalencia es mayor en el área rural que en la urbana. Además, la depresión es más frecuente en los aislados pobres, viudas y adultos mayores sometidos a estrés.

b) Biológicos

▪ Enfermedad orgánica

Varias enfermedades han sido relacionadas con la depresión, los adultos mayores diagnosticados con diabetes o enfermedad cardiovasculares, tienen mayor probabilidad de presentar depresión, por lo general esta acompaña al proceso de la enfermedad.

▪ Deterioro funcional

La limitación funcional de los adultos mayores, está relacionada con la depresión y sentimientos de inutilidad; debido a la fragilidad de este grupo etario, en la que existe una pérdida de energía, masa y fuerza muscular, intolerancia al ejercicio y reserva fisiológica disminuida.

▪ Deterioro cognitivo

La depresión en el adulto mayor, puede preceder a la demencia. La demencia puede influir en la respuesta al tratamiento de la depresión; además la coexistencia de deterioro cognitivo dificulta el tratamiento de la depresión.



- **Insomnio**

Los adultos mayores con dificultad para conciliar el sueño (insomnio) tienen mayor probabilidad de tener depresión y mayor persistencia de la enfermedad. Por lo que se recomienda incluso la detección de alteraciones del sueño para un mejor tratamiento de la depresión.

c) Sociales

El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor, ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla; además que influye de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida. La depresión es más frecuente en situación de riesgo social y con baja condición socio económica.

d) Económicos

La economía influye de manera importante en la salud mental de los adultos mayores, porque cuando no se tiene los medios económicos para su subsistencia ocasiona tristeza, preocupación y que puede incluso conllevar hasta la depresión; en cambio una buena economía influye positivamente en la satisfacción de los adultos mayores (25).

2.1.1.7. Diagnóstico

Los criterios de diagnóstico para la depresión según el Manual DMS-V, así como la CIE-10, suelen concordar en diversos puntos con los criterios de diagnóstico para la depresión, tomado de la Asociación Americana de Psiquiatría:

Por lo que, el diagnóstico de la depresión se da por la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas, los que deben haber estado presentes todos los días durante un período mínimo de 2 semanas, de los cuales uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o placer.



- Estado de ánimo depresivo o irritable (tristeza profunda).
- Disminución del interés en las actividades placenteras y la capacidad de experimentar placer (anhedonia).
- Significativo aumento o pérdida de peso (cambio de $> 5\%$ en un mes).
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

La severidad de la depresión, se considera como leve, moderada o severa, según el grado de deterioro laboral y social; además no debe estar relacionada con el abuso de sustancias psicoactivas o un trastorno mental orgánico (26).

Diagnosticar el estado depresivo es una tarea difícil sobre todo en adultos mayores que viven en zonas o medios rurales, donde no existen profesionales especializados para determinar un diagnóstico. Ante estas situación se ha formulado mecanismos e instrumentos para su detección, especialmente en el primer nivel de atención, mediante encuestas y tamizajes que ayudan a diagnosticar la depresión y establecer el tratamiento en forma oportuna hasta la remisión del estado depresivo (27).



2.1.1.8. Tratamiento

El espacio idóneo para el abordaje de esta problemática, es la Atención Primaria y así lo recomienda la OMS, promoviendo este primer nivel asistencial como el lugar lógico para dar respuesta a la mayoría de los problemas de salud mental. El tratamiento de la depresión a este nivel comprende múltiples actividades como:

1. Proporcionar apoyo activo

- Promocionar la buena relación entre el profesional de la salud-paciente.
- Establecer un plan de tareas y la finalidad del tratamiento.
- Hacer partícipe al paciente en la planificación del tratamiento.

2. Autocuidado y educación del paciente

La información sobre el autocuidado comprende:

- La depresión es una enfermedad y no debe considerarse como un defecto de la personalidad.
- Todo paciente puede recuperarse de la depresión.
- Un tratamiento adecuado es efectivo.
- El tratamiento debe lograr la remisión de los signos y síntomas que logrará la recuperación del adulto mayor.
- El paciente y la familia debe reconocer los signos de alarma de una depresión.

Los temas que deben incluirse en la educación:

- La historia natural de la depresión.
- Las causas y el tratamiento a seguir.
- Informar sobre el curso de la enfermedad.



- Informar sobre el control de los síntomas y los efectos secundarios.

La planificación del autocuidado debe ser relevante sobre los recursos disponibles que se tiene como:

- Actividad física.
- Alimentación.
- Mantener el sueño saludable e higiene del sueño.
- Mecanismos y manejo para enfrentar el estrés.
- Evitar el uso de alcohol y drogas.

3. Higiene del sueño

- Se debe mantener un horario de sueño.
- Realizar ejercicios de relajamiento antes de ir a dormir.
- Dormir en un ambiente cómodo sin ruido y con adecuada luminosidad.
- No dormir y/o tomar una siesta en el día.
- No realizar ejercicios 4 horas antes de dormir.
- No ingerir alimentos antes de dormir (28).

2.1.1.9. Evaluación del nivel de depresión

La depresión se diagnostica clínicamente o por medio de entrevistas explorando algunos acontecimientos que desencadenaron la depresión (24). La depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo más frecuentes e incapacitantes en los adultos mayores (29). Existen múltiples instrumentos para detectar los estados depresivos en los adultos mayores, que se utilizan para diagnosticar síntomas o "casos" depresivos clínicamente significativos. Algunos están diseñados para la



autoevaluación y otros para entrevistas (30).

Los instrumentos de tamizaje y encuestas son muy útiles, pero deben ser aplicados tomando en cuenta el número de ítems, duración de la aplicación, el tiempo a utilizar, el modo de calificación y que sea aceptado por la población a investigar, de ella depende los resultados a obtener y la capacidad para detectar la depresión en la población objetiva (27). Para medirla, una de las escalas más utilizadas es el Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage, en su versión abreviada (GDS-VE) (29); porque es un instrumento sencillo, de aplicación en tiempo breve y con resultados confiables que permite diagnosticar la depresión de los adultos mayores. (31).

Test de Yesavage

Es una escala destinada a medir la depresión en la población geriátrica, creada por Yesavage, ha sido probada y usada extensamente en adultos mayores, al que se le denominó “Escala de Depresión Geriátrica (GDS)”. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consta de 15 preguntas (30). Diez preguntas son directas (ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15). Los cinco restantes, son indirectas (ítems 1, 5, 7, 11 y 13). Cada pregunta puede puntuar con 0 o 1 punto, otorgándole el valor de 1 a la respuesta que representa el indicador de depresión (29).

La GDS-15 contiene respuestas dicotómicas, que sirve para investigar los síntomas cognitivos y conductuales del adulto mayor, en las últimas dos semanas consecutivas (15 días), pero excluyendo los síntomas físicos corporales que pudiera presentar el adulto mayor, porque existe alta prevalencia de adultos mayores con estos síntomas y esto podría invalidar los resultados (32). Mediante esta escala, el nivel de depresión que padecen los adultos mayores se clasifica de la siguiente manera: Sin



depresión cuando obtienen de 0 a 5 puntos, depresión leve cuando consiguen entre 6 a 9 puntos y depresión grave cuando alcanzan más de 9 puntos (30).

2.1.1.10. Dimensiones del test de Yesavage

A. Cognitiva

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, en la que se puede identificar en el adulto mayor tristeza por mucho tiempo, cansancio o agotamiento, que haya padecido frustraciones y que estos hayan cambiado su estilo de vida. Además, permite conocer la perspectiva negativa que el adulto mayor tiene sobre sí mismo y de su futuro. La persona afectada en esta dimensión, por lo general no cumple con regularidad sus actividades laborales, sentimentales y las relaciones tanto personal y con su entorno, también pierde interés por mantenerse activo en forma diaria (32).

B. Conductual

Se explica a partir de las cogniciones negativas, propias del pensamiento depresivo, esto indica que cuando la persona considera que las consecuencias de sus actos van a ser desfavorables, su opción de respuestas es de evitación, escape, sentimientos de minusvalía y poca fuerza de voluntad. Esta dimensión hace referencia a las consecuencias en el comportamiento de este tipo de cogniciones negativas, lo que afecta la vida del adulto mayor (32).

2.1.2. Funcionamiento familiar

2.1.2.1. Familia

La familia constituye una institución universal, su desarrollo no se da por sí solo, sino que guarda una estrecha relación con la organización de la sociedad a la



que representa como unidad funcional básica. Esto las hace ser distintas, en una misma sociedad, para diferentes momentos históricos. La familia toma un papel muy importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas, esto depende de si la familia es de tipo disfuncional o por el contrario es funcional; y cuenta con recursos adecuados de soporte social (34).

2.1.2.2. Funcionamiento familiar

Es definido como aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como un sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma como el sistema familiar opera, evalúa o se comporta (35); motivado por los diversos cambios que se producen dentro de la familia y los parámetros que se imponen para la adaptabilidad de sus miembros ante cualquier dificultad; de ahí podemos señalar que la familia no es de evolución estática, sino es completamente dinámica para que sus integrantes puedan adaptarse con facilidad ante cualquier tensión que puede repercutir de forma negativa o positiva (36).

Además, el funcionamiento familiar es reconocida por la calidad de las relaciones de sus integrantes, como el desarrollo de la afectividad, satisfacción, las relaciones interpersonales y los roles que se establecen para cumplir con las funciones básicas y aspectos que contribuyen a un adecuado clima psicológico, que favorezca la interacción en la familia (35). Asimismo, se sabe que en el ambiente familiar se practica las relaciones afectivas y esto se refleja en la calidad de sus relaciones y en el cuidado de los miembros de la familia; debido a que la familia ofrece las mejores condiciones de vida, integra a la familia y brinda afecto, basado en la comprensión y la necesidad de dar calidad de vida al adulto mayor (37). Por otro lado, el impacto que



tiene el establecimiento de los roles familiares sobre la vida familiar y una dinámica familiar sana, han sido un aspectos que denotan importancia en distintas áreas donde se desarrolla una persona (38).

2.2.2.3. Tipos de familia

- Nuclear o elemental

Este tipo de familia es la tradicional, la misma que está compuesta por el esposo, la esposa y los hijos, los que viven bajo el mismo techo. En este tipo de familia existen tres subsistemas familiares: Relación entre la pareja; padre e hijo y la relación entre hermanos; los que tienen un comportamiento peculiar y diferenciado, pero están conectados entre los subsistemas.

- Familia extensa o extendida

Consiste en la presencia de dos o más generaciones, incluidos los hijos casados con hijos o sin ellos. Es importante aclarar que el término familia extensa también se refiere a los padres, hermanos y abuelos, es decir la familia de origen que tienen todos.

- Familias mixtas o ampliadas

Este tipo de familia va más allá de las estructuras anteriores, que puede incluir otros parientes y amigos. En esta también se incluyen la nueva pareja o compromiso de los padres.

- Familia monoparental

Es la familia compuesta por uno de los padres y el hijo (a), resultado de una separación o divorcio, donde los hijos quedan al cuidado de uno de los padres, por



lo general el cuidado de los hijos recae en la mujer (39).

2.2.2.4. Tipos de funcionamiento familiar

Pueden existir familias de tipo:

- **Familia Funcional**

Este tipo de familia ofrece estabilidad emocional a sus integrantes, cuando estos tienen problemas, conflictos o situaciones críticas. Dentro de esta familia los integrantes viven en armonía, con independencia y comprometidos con el funcionamiento familiar; además estas familias priorizan sus problemas para la solución en conjunto (11). Es así que, la interrelación en la familia como grupo humano, favorece el desarrollo sano y el crecimiento personal de cada uno de sus integrantes, en la medida que existe un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrentar cambios y/o problemas que podría presentarse.

Asimismo, una familia es de tipo funcional cuando los integrantes de la familia reflejan relaciones positivas, armoniosas y tolerables. Presentan características de claridad y definición de límites; por ello está basada en una estructura interna sólida y estable. Por otro lado, cuando la familia es funcional, la jerarquía está definida y es aceptada por todos sus integrantes; por lo tanto, no se presentan luchas de poder, se acepta una autoridad natural centrada en los adultos que suele ser la pareja conyugal (40). Este tipo de familia es fundamental, porque al mantener estabilidad emocional en el adulto mayor, crea un reservorio de “incondicionalidad” dentro de la familia (41).



Agregando a lo anterior, en estas familias, las interacciones de comunicación son claras, precisas y correctas a todo nivel. La comunicación que se practica es en forma verbal, espontánea cuando lo manifiestan y es aceptado por todos los que integran la familia. Esto quiere decir que, cada miembro tiene la capacidad de expresar libremente su opinión y sus emociones ante cualquier situación que puede presentarse dentro de la familia. Además, se siente con capacidad de compartir sus problemas que lo llevan a la tristeza, preocupaciones y las expectativas que tiene con respecto a las partes interactuantes (40).

- **Familia Moderadamente Funcional**

Este tipo de familia posee un funcionamiento regular, debido a que la familia ofrece a sus integrantes sentimientos de inseguridad, relacionados con el desarrollo de sus habilidades sociales. Además, una familia moderadamente funcional, no permite el crecimiento de sus integrantes; porque existe temor para la toma de decisiones.

- **Familia Disfuncional**

La familia con esta categoría posee un comportamiento inadecuado; porque no permite relacionarse sanamente, ni el crecimiento de sus integrantes. Además, los miembros de una familia disfuncional, se encuentran mal emocionalmente, están afectados psicológicamente y espiritualmente. Este tipo de familia ejerce presión continua afectando emocionalmente a los integrantes; por ello las personas que viven dentro de esta familia se muestran tristes, presentan por lo general baja autoestima, no reciben amor, no son tratados con respeto, son muy sensibles y lastimados; generalmente son muy dependientes y no pueden asumir sus responsabilidades (42).



Los miembros de este tipo de familia se comportan como si los contactos humanos y las revelaciones individuales podrían tener consecuencias incómodas o hasta podrían ser destructivas. Por ello, su comportamiento suele ser con un humor escéptico y desesperado; además que el tratamiento de las emociones es encubierto, lo cual dificulta la solución de problemas dentro de la familia (40).

- **Familia Severamente Disfuncional**

Las familias con esta categoría son negativas, no permiten el progreso de sus integrantes; lo que afecta de manera directa al desarrollo de la misma. Dentro de esta familia no existe expresiones de afecto y sus integrantes pueden sufrir maltratos físicos, psicológicos y más aún los adultos mayores (42).

Las familias severamente disfuncionales no presentan una adecuada comunicación y adaptabilidad, no desarrollan estilos de afrontamiento para controlar situaciones conflictivas, no utilizan mecanismos estabilizadores para mejorar el bienestar de sus miembros ante eventos estresantes, hay pérdida de control, no existe voluntad y/o fuerza suficiente para mejorar el funcionamiento familiar (43).

2.2.2.5. Dimensiones del funcionamiento familiar (APGAR)

Las dimensiones que se tendrán en cuenta en esta investigación, son los cinco componentes del funcionamiento familiar, basado en el Apgar Familiar creado por Smilkstein (1978) estos son muy importantes, considerando su presencia en los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía (11) y estas son:



- **Adaptabilidad**

Es una herramienta que fue desarrollada para evaluar la adaptación y cohesión de las familias. Se define como la habilidad de una familia para ajustarse en cuanto a la estructura de poder, los roles y las relaciones ante las distintas situaciones estresantes del exterior que podría presentarse (34) (11).

Dentro del funcionamiento familiar, se define como la habilidad o capacidad de las personas para resolver sus conflictos, dentro y fuera de la familia dirigidas a la resolución de sus problemas (45), porque la familia funciona como un sistema abierto, formado por un conjunto de unidades interrelacionadas con características como la globalidad, la homeostasis, estructura, dinámica propia, reglas y roles establecidos; formado por unos subsistemas con sus fronteras o límites y con una adaptabilidad y comunicación propias; en donde cada uno de sus integrantes interactúa como un micro grupo con el entorno familiar, donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en el desarrollo del estado de salud o de enfermedad del grupo familiar (46).

- **Participación**

Es la habilidad de las personas para entender los problemas que ocurren dentro de la familia y mantener una comunicación fluida para solucionar sus problemas. También es la capacidad de cooperación, o de implicar a todos los integrantes de la familia y fortalecer la capacidad de tomar las decisiones pertinentes relacionados al funcionamiento de la familia, con suma responsabilidad (34) (11).



La participación familiar, tiene como objetivo respetar los derechos y brindar un buen trato a los adultos mayores; en este proceso es importante reconocer que esta población vulnerable deben mantener relaciones sociales proactivas, participativas y productivas para hacerlos sentir que son importantes dentro de la familia. La participación de los adultos mayores y de sus integrantes es de suma importancia, porque constituye el punto clave para mantener una familia socialmente reconocida y culturalmente dentro de la comunidad, donde la práctica religiosa, que es de interés común en los adultos mayores sea por decisión propia, la misma que debe ser facilitada para contribuir en su bienestar (47).

- **Desarrollo o gradiente de Crecimiento**

Comprende la habilidad de la familia para dar asesoramiento en cada etapa de la vida, mediante ella se permite que los integrantes de la familia se desarrollen individualmente tanto en la maduración física, emocional y auto realización (34). Además, hace referencia al apoyo que brinda la familia a sus integrantes, para que puedan emprender una nueva actividad que sea de su interés y de esta manera, se mantengan física y mentalmente activos, esto los ayudará a sentirse útiles y a traer a la memoria recuerdos agradables (11).

Cuando no se cumple en el objetivo de asesoramiento y apoyo en los deseos de emprender nuevas actividades, ocasiona en sus integrantes estados de depresión, situaciones de angustia y sentimientos de soledad. Por otro lado, el adulto mayor sufre de abandono familiar, debido a que no existe un vínculo familiar fortalecido, a pesar que existen recomendaciones explícitas para fortalecer la integración del adulto mayor dentro de la familia y cuidar de sus necesidades. Por otra parte la familia al ser una institución natural, viene



experimentando un rol de apoyo en forma permanente y debe hacer esfuerzos para integrar a los adultos mayores al núcleo familiar (48).

- **Afectividad**

Es la habilidad que tiene la familia de proporcionar sentimientos positivos, cariño y preocupación en cada integrante de la familia; y reciba el afecto necesario para tener una vida saludable (34) (11). Por otro lado, los adultos mayores debido a las circunstancias propias de su edad, necesitan de la familia el apoyo y sostén durante su existencia. Existe beneficio cuando el adulto mayor recibe acompañamiento de los familiares y afecto, esto ayuda a que los adultos mayores se sientan queridos e importantes. El afecto siembra en ellos la idea de tener anhelos, deseos; y si ya los tienen, reforzarlos. Además, esto ayuda a que los demás miembros de la familia, reconozcan en ellos sus fortalezas y habilidades (49).

- **Capacidad de Resolución**

Es la habilidad de compromiso que tiene la familia con los miembros de esta, ya que cubre sus necesidades físicas y emocionales en cada etapa de vida (34) (11). Es decir; este componente implica atender las necesidades de cada uno de los integrantes de la familia, para ello la familia debe compartir espacios, ingresos económicos y proveer de recursos materiales. En lo que respecta a la funcionalidad familiar del adulto mayor, nos referimos a la capacidad del entorno familiar de ser flexible y adaptable a las diversas necesidades de los adultos mayores, que demanda mayor atención y tiempo. En otras palabras, el entorno familiar es una red o soporte de apoyo en la vejez, porque propicia las transacciones de ayuda y cuidado por parte de los demás miembros de la familia.



En este punto, se observa que aquellas familias que dan apoyo y afecto se adaptan a las nuevas circunstancias, resuelven problemas o conflictos propios de la vejez y propician el bienestar a los adultos mayores (50).

2.2.2.6. Evolución del funcionamiento familiar

La familia es un elemento vital en el desarrollo de las personas y son la estructura más antigua de la historia, de manera que es el primer lazo de socialización de un individuo. La funcionalidad familiar, es aquella que consigue promover el desenvolvimiento integral y un estado de salud apto en los integrantes de la familia, en especial del adulto mayor; de ahí su importancia de evaluar el funcionamiento familiar. Para su evaluación se pueden utilizar varias encuestas, entre las más usadas tenemos al APGAR familiar (11).

Escala de evaluación del funcionamiento familiar (APGAR)

La Escala de funcionamiento familiar (APGAR) de Smilkstein (1978), está integrada por 5 ítems de tipo Likert con cinco alternativas, evalúa la percepción del funcionamiento familiar en la persona. Este instrumento puede ser aplicado por el personal que labora con poblaciones rurales, con los resultados se estima el funcionamiento familiar y a partir de ella; se analiza su función. Además, esta escala tiene como finalidad recabar información sobre la percepción que tiene los miembros de la familia, sobre el funcionamiento de esta y mediante ella determinar la satisfacción que les causa cuando se cumplen sus parámetros básicos (11). Este instrumento evalúa cinco dimensiones básicas de la familia como: Adaptabilidad, Participación, Desarrollo o gradiente de crecimiento, Afectividad y Capacidad de Resolución Familiar.



El cuestionario debe ser aplicado a cada adulto mayor para obtener respuestas a las preguntas planteadas, las investigadoras entrevistaron a los adultos mayores, preguntando cual sería la acción que ellos tomarían en cada caso. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal; además cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: Nunca (0), Casi nunca (1), Algunas veces (2), Casi siempre (3), Siempre (4).

Interpretación del puntaje:

- Funcional = 17 a 20 puntos.
- Moderadamente funcional = 13 a 16 puntos.
- Disfuncional = 10 a 12 puntos.
- Severamente disfuncional = Menor o igual a 9 puntos.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. FAMILIA

La familia es el conjunto de personas que se mantienen unidos por manifestaciones de solidaridad, apoyo, amor, cariño y fraternidad con vínculos de consanguinidad; y que unidos constituyen una institución socio cultural (51).

2.2.2. COVID-19

La enfermedad de tipo infecciosa, provocada por el virus SARS-CoV-2 (52).

2.2.3. ADULTO MAYOR

Según la OMS, es la persona que tiene una edad mayor a 60 años (53).



2.2.4 PANDEMIA

Es el brote epidémico que afecta a la población de más de un continente y que esta transmisión no son importados sino son ocasionados dentro del ámbito comunitario (54).

2.2.5. SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Conjunto de síntomas depresivos que incluyen el estado de ánimo irritable o bajo, dificultad para dormir, cansancio y fatiga; y otros que determinan el nivel de depresión que presentan las personas, que puede durar días o por periodos largos (55).

2.2.6. TRASTORNO MENTAL

Son características alteradas de la salud mental, que limita a las personas en su capacidad para gestionar sus pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones; ocasionado por diversos factores tanto genéticos, infecciosas o ambientales (56).

2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1. A nivel internacional

En España en el año 2019, se realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de la depresión y factores asociados, en adultos mayores de la ciudad de Castellón de la Plana, el tipo de estudio fue observacional, transversal y analítico; la muestra estuvo conformada por 400 adultos mayores, para la recolección de datos se utilizó la escala “The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale” (CES-D). Los resultados muestran que encontraron síntomas depresivos en el 30,5% de los adultos mayores, siendo mayor en mujeres. Además, encontraron que los adultos mayores que



viven con buena salud, se relacionan con menor proporción de síntomas depresivos y los individuos no frágiles presentan síntomas depresivos en menor proporción. Concluyeron que, existe asociación entre la presencia de síntomas depresivos y el sexo, autopercepción de salud, convivencia y fragilidad (58).

En Ecuador en el año 2017, se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la influencia de la funcionalidad familiar en la depresión de los adultos mayores en el Centro del Adulto Mayor Calderón, de la Ciudad de Quito el tipo de estudio fue cuantitativo, correlacional, de campo, transversal, no experimental; la muestra estuvo conformada por 200 adultos mayores; para la recolección de datos se utilizó el “APGAR familiar” y la “Escala de depresión geriátrica de Yesavage”. Se obtuvo los siguientes resultados, la mayoría de los adultos mayores perciben a sus familias como disfuncionales y presencia de depresión en más de la mitad de la población estudiada. Se concluyó que existe correlación directa entre la depresión y la disfuncionalidad familiar (60).

En México en el año 2016, se efectuó un estudio con la finalidad de determinar la asociación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar (UMF) Guayalejo, México, el tipo de estudio fue exploratorio, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, en una muestra de 220 adultos mayores, para la recolección de datos se utilizó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Test APGAR familiar. Se obtuvo los siguientes resultados, encontraron una correlación significativa entre la estructura familiar con la funcionalidad y la depresión. Estos resultados les permitieron concluir que la familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar, pero no está relacionada con la depresión de los adultos mayores (61).



En México en el año 2015, se realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la salud mental y el funcionamiento familiar en adultos mayores que asistían a la casa del adulto mayor, de la localidad de Melchor Ocampo, estado de México, el tipo de estudio fue correlacional, la muestra estuvo conformada por 120 adultos mayores. Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario demográfico, Inventario de depresión Beck, SCL-90 y Escala de Clima Social en la familia. Los resultados demostraron que las mujeres presentan mayor número de síntomas depresivos que los hombres. En cuanto al funcionamiento familiar, ambos sexos se encuentran en un nivel medio indicando que la familia cubre sus funciones asignadas. Concluyeron que es relevante prevenir los problemas de salud mental y brindar orientación a la familia (62).

En Ecuador en el año 2017, se efectuó una investigación con el objetivo de establecer la posible relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en los adultos mayores con diabetes Mellitus tipo 2, el tipo de estudio fue prospectivo, descriptivo, analítico y de diseño transversal, la muestra estuvo conformada por 80 adultos mayores. Para la recopilación de datos se empleó los instrumentos: “Test de Hamilton” y el “Test FF-SIL”. Dentro de sus resultados evidencian que la mayoría de pacientes tenían algún grado de depresión. Concluyeron que no se encontró una relación estadísticamente significativa ($p=0.190$) entre depresión y funcionamiento familiar en el adulto mayor (63).

2.3.2. A nivel nacional

En Cajamarca en el año 2020, se realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en adultos mayores de la casa hogar Obispo Grozo, Cajamarca. El tipo de estudio fue cuantitativo, no experimental con diseño descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores,



para la recolección de datos se empleó como instrumentos: La Escala de clima social familiar y escala de depresión geriátrica-test de Yesavage. Los resultados encontrados revelaron que el mayor porcentaje de los adultos mayores presentan un clima social familiar significativamente alto (66,7%) y la mayoría depresión leve (53,3%). Se concluyó que no existe relación entre el clima social familiar y la depresión en los adultos mayores (64).

En Lima en el año 2019, se realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con Diabetes – Programa de Diabetes en el Hospital Nacional 2 de mayo, el tipo de estudio fue cuantitativo, de diseño descriptivo y correlacional, la muestra estuvo conformada por 196 adultos mayores. Para la obtención de datos se utilizó dos instrumentos: Escala del Apgar Familiar y la Escala de Manifestaciones Depresivas PHQ-9. Se obtuvo que predominó la disfunción familiar severa con un 42.3% y en cuanto a las manifestaciones depresivas el 28.6% presento depresión leve y el 25.5% depresión moderada. Con estos resultados concluyeron que, el nivel medio del funcionamiento familiar presenta correlación con las manifestaciones depresivas ($p=0.000$) (9).

En Lima en el año 2019, se efectuó un estudio con la finalidad de determinar la percepción de cada uno de los componentes o dimensiones de la funcionalidad familiar: Adaptabilidad, participación, crecimiento o desarrollo, afectividad y capacidad resolutive en el adulto mayor del Centro de Salud “Conde de la Vega Baja” del cercado de Lima, el tipo de estudio fue descriptivo y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 65 adultos mayores, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el APGAR familiar. Los resultados muestran que 55% de los adultos mayores perciben que tienen una familia con buena funcionalidad y el 28% percibe que su familia presenta disfunción familiar leve. Concluyeron que existe un buen funcionamiento familiar de los adultos



mayores encuestados. Además la buena percepción de la adaptabilidad, participación, crecimiento o desarrollo, afectividad y capacidad resolutive de los adultos mayores, se constituyen como factores protectores para evitar alteraciones propias de esta etapa de la vida de los adultos mayores, tales como la depresión (48).

En La libertad en el año 2016, se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del adulto mayor del Hospital Distrital Santa Isabel, de la Libertad, el tipo de estudio fue cuantitativo correlacional, la muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores, para la recolección de datos se utilizó la encuesta, aplicando los instrumentos de “test de Apgar familiar” y la “escala de Yesavage”. Se obtuvo los siguientes resultados, el estado anímico (32,0%) de las personas estaba relacionado con el funcionamiento familiar normal de la familia, en cambio el nivel de depresión leve (24%) presentaba relación con un funcionamiento familiar leve, pero los que tenían una familia con disfunción severa se relacionaba con la depresión severa. Concluyo que, el funcionamiento familiar tiene relación significativa con la depresión de los adultos mayores (65).

2.3.3. A nivel regional y local

En Puno en el año 2018, se realizó un estudio con el objetivo de determinar las características personales y el nivel de depresión de adultos mayores internados en el servicio de medicina del Hospital Regional “MNB” de Puno, el tipo de estudio fue descriptivo simple, la muestra estuvo conformada por 80 adultos mayores. Para el recojo de la información se aplicó la “Escala geriátrica de depresión de Yesavage”. Dentro de los resultados, respecto a la depresión se encontró depresión leve en la mitad de la población estudiada 50% y la depresión severa en el 45%, llegando a la conclusión que predomina la depresión leve y la depresión severa de los adultos mayores (10).



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación

Es un estudio de tipo correlacional, ya que permite demostrar la relación entre las variables; depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro Red Capachica – Puno.

3.1.2. Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue no experimental, puesto que las variables no fueron manipuladas, solo se observó cómo se comportan durante la investigación; y transversal debido a que la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento, en un tiempo determinado (66).

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de este estudio fue la Micro Red de Capachica, perteneciente a la REDESS Puno, se encuentra a 59,5 km de la ciudad de Puno, está conformada por 1 Centro de Salud Capachica de categoría I-3, y 6 puestos de salud. En donde se cuenta con 2173 adultos mayores.

En cada Centro o Puesto de Salud, los adultos mayores de la Micro Red Capachica están agrupados e inscritos, la mayoría recibe pensión 65, cuentan con bajo nivel de escolaridad, algunos viven con su pareja, el resto con algún familiar y pocos viven solos cuidando sus tierras y realizando actividades de pastoreo y agricultura



para su sustento.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

La población estuvo conformada por 2173 adultos mayores, que viven en el ámbito de la Micro Red Capachica (Anexo 7).

3.3.2 Muestra

La muestra fue calculada con la fórmula de poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 * p * q * N}{E^2 * (N - 1) + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 * p * q}$$

Donde:

N= Población del estudio (2173).

Z=Nivel de confianza al 95% (Z=1.96).

E=Margen de error al 5% (0,05).

p=Probabilidad de obtener el resultado esperado (p=0,5).

q= Probabilidad de no obtener el resultado esperado (q=1 – p=0,5).

Reemplazando valores:

$$\frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 2173}{(0.05)^2 * (2173 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

n=327

La muestra estuvo conformada por 327 adultos mayores.

Estratificación de la muestra:

Considerando que se tiene a la población de estudio en los diferentes Centros de Salud pertenecientes a la Micro Red Capachica, se realizó un muestreo de tipo estratificado, como se muestra a continuación:

$$f = n/N = 327/2173 = 0,1501$$

Establecimiento de Salud	NH	f	nh
C.S. Capachica	1053	0,1501	158
P.S. Amantani	143	0,1501	21
P.S. Yapura	143	0,1501	21
P.S. Isañura	193	0,1501	29
P.S. Ccotos	228	0,1501	34
P.S. Llachón	242	0,1501	36
P.S. Escallani	171	0,1501	26
Total	2173		327

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de ambos sexos, de 60 años a más, “orientados en tiempo, espacio y persona”.
- Adultos mayores que aceptaron ser entrevistados.
- Adultos mayores que firmaron o colocaron su huella digital en el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con enfermedad mental.
- Adultos mayores negativos a la entrevista.
- Adultos mayores que no quisieron firmar o colocar la huella digital del consentimiento informado.

3.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	VALOR FINAL
Variable independiente: Funcionamiento Familiar	Es aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como un sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma como el sistema familiar opera, evalúa o se comporta. Considera la adaptabilidad, participación, desarrollo o gradiente de crecimiento, afectividad y capacidad de resolución familiar.	Adaptabilidad Familiar.	Ayuda recibida por su familia frente a problemas.	0 = Nunca. 1=Casi nunca. 2=Algunas veces. 3=Casi siempre. 4= Siempre.	Funcional = 17 a 20 puntos Moderadamente funcional = 13 a 16 puntos Disfuncional = 10 a 12 puntos Severamente disfuncional = Menor o igual a 9 puntos
		Participación Familiar.	Participación que su familia le permite.		
		Desarrollo o gradiente de crecimiento familiar.	Apoyo recibido por su familia en sus deseos de emprender nuevas actividades.		
		Afectividad familiar.	Afecto recibido por su familia.		
		Capacidad de resolución familiar.	Tiempo familiar, uso de espacios y dinero compartido.		



Variable dependiente: Nivel de depresión	Es una enfermedad que ocasiona en las personas tristeza en forma continua, pérdida de interés al realizar actividades que normalmente se disfrutaba, e incluso lleva a la persona a la incapacidad para realizar sus actividades diarias, durante al menos 2 semanas.	Cognitiva.	1. Estar satisfecho con la vida. 3. Tener un sentimiento de vacío. 4. Estar aburrido. 5. Presentar buen ánimo. 6. Temor a los resultados. 7. Estar feliz. 8. Sentirse desamparado. 9. Perder la memoria. 11. Sentirse vivo. 12. Sentirse inútil o despreciado. 14. Estar desamparado. 15. Creer que otras personas están bien.	Si No	Sin depresión = 0-4 puntos. Depresión leve=5-8 puntos. Depresión moderada= 9-11 puntos. Depresión severa=12-15 puntos.
		Conductual.	2. Realizar actividades recreativas. 10. Permanecer en casa. 13. Sentirse con mucha energía.	Si No	

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnicas

Se aplicó la técnica de la entrevista, con el cual se logró recabar la información respecto a las variables de estudio en forma directa y además permitió crear un ambiente grato para que el adulto mayor pueda acceder a participar en la investigación, la que duro en promedio 25 minutos por adulto mayor.

3.5.2. Instrumentos

A. ESCALA ABREVIADA DE YESAVAGE PARA EVALUAR EL NIVEL DE DEPRESIÓN (TEST DE YESAVAGE)

Es una escala destinada a medir la depresión en la población geriátrica, creada por Yesavage, ha sido probada y usada extensamente en adultos mayores, al que se le denominó “Escala de Depresión Geriátrica (GDS)”. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consta de 15 preguntas (30). Diez preguntas son directas (ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15). Los cinco restantes, son indirectas (ítems 1, 5, 7, 11 y 13). Cada pregunta puede puntuar con 0 o 1 punto, otorgándole el valor de 1 a la respuesta que representa el indicador de depresión (29). Es así, que presenta respuestas dicotómicas (sí/no) y calificada de la siguiente manera:

En los ítems positivos:

- Cuando la respuesta es SI, es calificada con cero.
- Cuando la respuesta es NO, es calificada con 1 punto.

En los ítems negativos:

- Cuando la respuesta es SI, es calificada con 1 punto
- Cuando la respuesta es NO, es calificada con cero.



La puntuación total del instrumento se encuentra entre 0 a 15 puntos, el puntaje total de test de yesavage, se clasifica de la siguiente manera:

Nivel de depresión	Puntuación
Sin depresión	0 - 4 puntos
Depresión leve	5 – 8 puntos
Depresión moderada	9 – 11 puntos
Depresión severa	12 – 15 puntos

Fuente: Lanza D. Terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital “MNB” Puno, marzo – mayo 2017

Validez y confiabilidad del test de Yesavage

El instrumento Test de Yesavage, es ampliamente utilizado a nivel mundial y validado en diferentes países. Así mismo, este instrumento fue validado en la investigación realizada por Carrero M y Chávez J. (69) en el estudio “Efecto del programa Artes Expresivas en la depresión de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor – Moyobamba, 2019”, donde se demostró que el instrumento presenta una confiabilidad excelente para su aplicación (0.911). Además estuvo validada por Lanza (70) y Luque en Puno, indicando que la escala es altamente confiable y es pertinente para evaluar el nivel de depresión en la población adulta mayor (10).

En el estudio para dar mayor confiabilidad al instrumento “Test de Yesavage”, previamente se aplicó una prueba piloto en 30 adultos mayores, que asistían al Centro de Salud I-3 Coata, los que tienen características similares a la población de estudio y los datos obtenidos fueron sometidos a la prueba estadística Alfa de Cronbach, el cual dio un resultado de:

Alfa de Cronbach sobre el nivel de depresión

Alfa de Cronbach	N de items
0,815	15

Fuente: Encuesta aplicada a adultos mayores del C.S I-3 Coata.

En el que se observa un valor de 0,815 de Alfa de Cronbach, lo cual indica que las 15 preguntas sobre nivel de depresión tuvieron buena confiabilidad.

B. ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR (APGAR FAMILIAR):

La Escala de funcionamiento familiar (APGAR) de Smilkstein (1978) evalúa la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Además, este instrumento evalúa cinco dimensiones básicas de la familia como: Adaptabilidad, Participación, Desarrollo o gradiente de crecimiento, Afectividad y Capacidad de Resolución Familiar. Está integrada por 5 ítems, con cinco alternativas de tipo Likert que miden el nivel de satisfacción en cada ítem. (11).

El instrumento debe ser aplicado a cada adulto mayor mediante la entrevista. Cabe mencionar que cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: Nunca (0), Casi nunca (1), Algunas veces (2), Casi siempre (3), Siempre (4).

Los resultados de la puntuación obtenida fueron comparados con la siguiente escala de calificación:

- Funcional = 17- 20 puntos.
- Disfunción leve = 13-16 puntos.



- Disfunción moderada = 10- 12 puntos.
- Disfunción severa = menor o igual a 9 (11).

Validez y confiabilidad del test de Apgar Familiar

El test de Apgar Familiar fue elaborado por el neurólogo Gabriel Smilkstein, en 1978 y validado por Castilla y Caycho, en el Perú (2015) al realizar el “Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Percepción del Funcionamiento Familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos, Salud y Sociedad” (33) y en el 2018 fue aplicado en el estudio sobre “Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes en Lima” (67). Asimismo, en la investigación realizada por Noceda S. (2018) sobre “Calidad de vida y funcionamiento familiar del adulto mayor, centro de salud México, san Martin de Porres”, confirmó su confiabilidad (Alfa de Cronbach 0.78) (68).

Con la finalidad de dar mayor fiabilidad al instrumento, se aplicó una prueba piloto en 30 adultos mayores pertenecientes al Centro de Salud I-3 Coata, la cual es una población similar a la del estudio. Posteriormente los resultados fueron sometidos a la prueba estadística Alfa Cronbach, como se observa a continuación:

Alfa de Cronbach sobre el funcionamiento familiar

Alfa de Cronbach	N de items
0,818	5

Fuente: Encuesta aplicada a adultos mayores en el C.S I-3 Coata.



Se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,818, lo cual significa que las 5 preguntas acerca de funcionamiento familiar presentan buena confiabilidad. Es así que los instrumentos “Escala abreviada de Yesavage” y “Apgar Familiar”, se consideran válidos para su aplicación, determinándose que es adecuado para ser aplicado a adultos mayores de nuestro medio.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó a decanatura de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, una carta de presentación para la ejecución del proyecto de investigación dirigido al Jefe de la Red de Salud Puno. Posteriormente se presentó el documento emitido a dirección de la Red de Salud Puno, quien a su vez nos emitió una carta de presentación, el cual fue presentado al Jefe de la Micro Red de Capachica, con el fin de dar a conocer los objetivos de la investigación y nos autorice ingresar a los Establecimientos de Salud, para poder aplicar los instrumentos del proyecto de investigación.
- Se realizó la presentación con los Jefes de cada Establecimiento de Salud, para coordinar las fechas, la manera del recojo de información y la aplicación de los instrumentos en los adultos mayores. Posteriormente los Jefes de cada establecimiento de salud y responsables de la estrategia de Salud del Adulto Mayor, nos indicaron las fechas programadas de sus sesiones educativas, reuniones y estrategias de salud del adulto mayor, bajo un cronograma establecido (Anexo 8). También se aprovechó las reuniones programadas por el programa de pensión 65 para llegar a la completar la muestra. Sin embargo, en los puestos de salud en los que no había mucha participación de adultos mayores, se acudió a sus viviendas para poder realizar la aplicación del



instrumento.

- Se estableció comunicación cordial con el adulto mayor, explicando de forma breve el propósito y los objetivos de la investigación. Posteriormente se obtuvo el consentimiento informado, primero en forma verbal luego se solicitó al adulto mayor firmar o colocar su huella digital en caso de los adultos mayores que no podían firmar.
- Se aplicó el instrumento mediante la entrevista, la misma que se hizo en el idioma nativo de la zona (quechua) y/o castellano según sea el caso, cabe mencionar que la mayoría de adultos mayores dominaba más el idioma quechua, por lo que las investigadoras tuvieron que realizar la entrevista en este idioma, la entrevista duro en promedio 25 minutos por cada adulto mayor.
- Una vez concluido el llenado de los instrumentos, se agradeció la colaboración a los adultos mayores que aceptaron participar en la investigación.

3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Se realizó las siguientes actividades:

- Organización de los instrumentos por puestos de salud.
- Codificación de los instrumentos.
- Tabulación de datos.
- Se trasladó los datos a una hoja Excel, para su debido procesamiento en el Software SPSS-25.
- Vaciado de respuestas y elaboración de tablas univariabes y de doble entrada.
- Para contrastar la hipótesis formulada se aplicó la estadística de Rho de Spearman.



PROCEDIMIENTO ÉTICO

El estudio propuesto por las investigadoras, considera algunos principios que fueron aplicados durante la ejecución del trabajo.

Autonomía: Para ejecutar el presente trabajo de investigación, se solicitó la autorización del Jefe de la Micro Red de Capachica y el consentimiento firmado de cada adulto mayor, considerando el anonimato y la confidencialidad; previa información, donde los participantes tuvieron el derecho a participar o rechazar a ser encuestados.

Beneficencia: Luego de haber recolectado la información y finalizado, los participantes se beneficiaron con una orientación y consejería, según los resultados respecto al nivel de depresión y funcionamiento familiar.

No maleficencia: Bajo este principio no se causó ni perjudicó a los adultos mayores, por lo que se cuidó su bienestar, dado que el estudio no representó ningún daño o riesgo para los participantes.

Justicia: En el estudio se aplicó la igualdad y se garantizó un trato justo, la encuesta fue anónima, se reservó la identidad del participante, no se divulgó información salvo para fines exclusivamente científicos.

3.8. PRUEBA DE HIPÓTESIS

Se empleó la prueba de correlación de Spearman cuya fórmula es la siguiente:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^N d_i^2}{N^3 - N}$$

Siendo:

n = la cantidad de sujetos que se clasifican.

xi = el rango de sujetos i con respecto a una variable.



y_i = el rango de sujetos i con respecto a una segunda variable.

$d_i = x_i - y_i$.

Siendo d_i , la diferencia entre los rangos de X e Y . El coeficiente de correlación de rangos de Spearman puede puntuar desde -1.0 hasta $+1.0$, y se interpreta de la siguiente manera: los valores cercanos a $+1.0$ indican que existe una fuerte asociación positiva entre las variables, es decir que a medida que aumenta un rango el otro también aumenta; por otro lado, los valores cercanos a -1.0 señalan que hay una fuerte asociación negativa entre las variables; es decir que, al disminuir un rango, el otro también decrece. No obstante, cuando el valor es 0.0 , indica que no hay correlación (72).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

	Funcionamiento Familiar									
	Disfunción severa		Disfunción moderada		Disfunción leve		Funcional		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin depresión	6	1,8	13	4,0	15	4,6	0	0,0	34	10,4
Depresión leve	43	13,1	33	10,1	31	9,5	0	0,0	107	32,7
Depresión moderada	50	15,3	14	4,3	0	0,0	0	0,0	64	19,6
Depresión severa	122	37,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	122	37,3
Total	221	67,6	60	18,3	46	14,1	0	0,0	327	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

$$\text{Rho de Spearman} = -0,648 \quad p=0,000$$

En la tabla se puede apreciar que del 37,3% de adultos mayores que presentan depresión severa, el total presenta disfunción familiar severa. Así mismo del 19,6% que tienen depresión moderada, el 15,3% presentan disfunción familiar severa.

Al aplicar la prueba estadística Rho de Spearman de asociación (Coeficiente de correlación de rangos de Spearman), se encontró un nivel de significancia (p) de 0,000 el cual es inferior al nivel de significancia de 0,05; por lo que se acepta la hipótesis alterna



planteada en el estudio: Existe relación entre el nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica- Puno, 2021 y se rechaza la hipótesis nula. Además, se observa un valor de Rho de -0,648, lo cual significa que la relación hallada fue inversa o negativa y de intensidad media. Es decir cuanto mayor es la disfunción familiar, mayor es la depresión en el adulto mayor.

Tabla 2. Nivel de depresión en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

Depresión	N°	%
Sin depresión	34	10,4
Depresión leve	107	32,7
Depresión moderada	64	19,6
Depresión severa	122	37,3
Total	327	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

En la tabla se muestra que el 37,3% de los adultos mayores presentan depresión severa y el 19,6% tienen depresión moderada.



Tabla 3. Nivel de funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

Funcionamiento familiar	N°	%
Disfunción severa	221	67,6%
Disfunción moderada	60	18,3%
Disfunción leve	46	14,1%
Funcional	0	0,0%
Total	327	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

En la presente tabla se evidencia que el 67,6% de los adultos mayores presentan disfunción familiar severa, seguido del 18,3% que tienen disfunción familiar moderada.

Tabla 4. Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Adaptabilidad Familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

Depresión	Adaptabilidad Familiar										Total	
	(Ayuda recibida por su familia frente a problemas)											
	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin depresión	0	0,0	1	0,3	12	3,7	20	6,1	1	0,3	34	10,4
Depresión leve	0	0,0	25	7,6	38	11,6	43	13,1	1	0,3	107	32,7
Depresión moderada	2	0,6	37	11,3	22	6,7	3	0,9	0	0,0	64	19,6
Depresión severa	10	3,1	96	29,4	16	4,9	0	0,0	0	0,0	122	37,3
Total	12	3,7	159	48,6	88	26,9	66	20,2	2	0,6	327	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

En la tabla se muestra que del 37,3% de adultos mayores que presentan depresión severa, el 29,4% manifiestan que casi nunca están satisfechos con la ayuda recibida por su familia frente a problemas (adaptabilidad familiar). Asimismo, del 19,6% de adultos mayores que tienen depresión moderada, el 11,3% refieren que casi nunca están satisfechos con la ayuda recibida por su familia frente a problemas y el 6,7% refieren que algunas veces están satisfechos.

Tabla 5. Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Participación Familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

Depresión	Participación Familiar										Total	
	(Participación que su familia le permite)											
	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin depresión	0	0,0	5	1,5	16	4,9	13	4,0	0	0,0	34	10,4
Depresión leve	3	0,9	28	8,6	40	12,2	36	11,0	0	0,0	107	32,7
Depresión moderada	2	0,6	22	6,7	37	11,3	3	0,9	0	0,0	64	19,6
Depresión severa	19	5,8	51	15,6	52	15,9	0	0,0	0	0,0	122	37,3
Total	24	7,3	106	32,4	145	44,3	52	15,9	0	0,0	327	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica - Puno

En la tabla se muestra que del 37,3% de adultos mayores que presentan depresión severa, el 15,9% manifiestan que algunas veces están satisfechos con la participación que su familia le permite (participación familiar) y el 15,6% refieren que casi nunca están satisfechos. Así mismo del 19,6% de adultos mayores que tienen depresión moderada, el 11,3% manifiestan que algunas veces están satisfechos con la participación que su familia le permite y el 6,7% refieren que casi nunca están satisfechos.

Tabla 6. Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Desarrollo o gradiente de Crecimiento Familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

Depresión	Desarrollo o gradiente de crecimiento familiar (Apoyo recibido por su familia en sus deseos de emprender nuevas actividades)										Total	
	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Sin depresión	0	0,0	3	0,9	23	7,0	8	2,4	0	0,0	34	10,4
Depresión leve	1	0,3	21	6,4	68	20,8	17	5,2	0	0,0	107	32,7
Depresión moderada	2	0,6	39	11,9	21	6,4	2	0,6	0	0,0	64	19,6
Depresión severa	14	4,3	83	25,4	25	7,6	0	0,0	0	0,0	122	37,3
Total	17	5,2	146	44,6	137	41,9	27	8,3	0	0,0	327	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica - Puno

En la tabla se observa que del 37,3% de adultos mayores que presentan depresión severa, el 25,4% manifiestan que casi nunca están satisfechos con el apoyo recibido por su familia en sus deseos de emprender nuevas actividades (desarrollo o gradiente de crecimiento familiar). Por otro lado, del 19,6% de adultos mayores que tienen depresión moderada, el 11.9% refieren que casi nunca están satisfechos con el apoyo recibido por su familia en sus deseos de emprender nuevas actividades y el 6,4% refieren que algunas veces están satisfechos.

Tabla 7. Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Afectividad Familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

Depresión	Afectividad familiar										Total	
	(Afecto recibido por su familia)											
	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin depresión	0	0,0	2	0,6	16	4,9	16	4,9	0	0,0	34	10,4
Depresión leve	0	0,0	27	8,3	45	13,8	33	10,1	2	0,6	107	32,7
Depresión moderada	3	0,9	30	9,2	28	8,6	3	0,9	0	0,0	64	19,6
Depresión severa	18	5,5	77	23,5	27	8,3	0	0,0	0	0,0	122	37,3
Total	21	6,4	136	41,6	116	35,5	52	15,9	2	0,6	327	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica - Puno

En la tabla se observa que del 37,3% de adultos mayores que presentan depresión severa, el 23,5% manifiestan que casi nunca están satisfechos con el afecto recibido por su familia (afectividad familiar). Por otro lado, del 19,6% de adultos mayores que tienen depresión moderada, el 9,2% manifiestan que casi nunca están satisfechos con el afecto recibido por su familia y el 8,6% refieren que algunas veces están satisfechos.

Tabla 8. Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Capacidad de resolución Familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

Depresión	Capacidad de resolución familiar													
	(Tiempo familiar, uso de espacios y dinero compartido)													
	Casi nunca				Algunas veces				Casi siempre				Total	
	Nunca		nunca		veces		siempre		e					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Sin depresión	0	0,0	1	0,3	16	4,9	16	4,9	1	0,3	34	10,4		
Depresión leve	0	0,0	21	6,4	70	21,4	15	4,6	1	0,3	107	32,7		
Depresión moderada	2	0,6	26	8,0	32	9,8	4	1,2	0	0,0	64	19,6		
Depresión severa	10	3,1	65	19,9	46	14,1	1	0,3	0	0,0	122	37,3		
Total	12	3,7	113	34,6	164	50,2	36	11,0	2	0,6	327	100,0		

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno

En la tabla se observa, que el 37,3% de adultos mayores que presentan depresión severa, de los cuales el 19,9% manifiestan que casi nunca están satisfechos con el tiempo familiar, uso de espacios y dinero compartido (capacidad de resolución familiar) y el 14,1% manifiestan que algunas veces están satisfechos. Asimismo, del 19,6 % de adultos mayores que tienen depresión moderada, el 9,8% refieren que algunas están satisfechos con el tiempo familiar, uso de espacios y dinero compartido; y el 8,0% manifiestan que casi nunca están satisfechos.



4.2. DISCUSIÓN

En el presente estudio de investigación, se determinó que existe relación entre el nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de covid-19 en la Micro Red Capachica - Puno, 2021, estos resultados evidencian que la relación es inversa o negativa y de intensidad media ($Rho=-0,648$) siendo esta significativa ($p=0,000$) porque a mayor disfunción familiar, mayor es la depresión del adulto mayor. Respecto a las características sociodemográficas se encontró que la mayoría de los adultos mayores tienen 70 a 79 años de edad, de sexo femenino, donde prevalece la instrucción primaria y en cuanto a la convivencia familiar, generalmente viven con su cónyuge o pareja.

En contraste, al revisar las teorías de los distintos autores, se precisa que, la familia tiene un papel muy importante en el cuidado de sus integrantes, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas (34) y que esta sea funcional; ya que, en esta se puede encontrar calidad en las relaciones familiares, afectividad, satisfacción y un clima psicológico que favorezca la interacción familiar con el adulto mayor (35). Sin embargo, la disfuncionalidad familiar repercute negativamente, porque afecta emocionalmente a los integrantes, por ello los adultos mayores que viven dentro de este tipo de familia, se muestran tristes, tienen baja autoestima, no reciben afecto, no son tratados con respeto, son muy sensibles y lastimados; generalmente son muy dependientes y no pueden asumir responsabilidades dentro del hogar (42), peor aun cuando la familia es severamente disfuncional, así como se evidencia en los resultados de esta investigación, no se desarrolla las dimensiones de funcionamiento familiar, tales como la adaptabilidad, participación, desarrollo o gradiente de crecimiento, afectividad, y capacidad de resolución familiar, lo que ocasiona situaciones estresantes y depresión (34) (11) (50).



Al respecto, estudios previos corroboran nuestros hallazgos, así el estudio reportado por Hidalgo C. (60) en Ecuador, donde la mayoría de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, perciben a sus familias como disfuncionales y la presencia de depresión se dio en más de la mitad de la población estudiada; además concluyó que existe correlación entre la depresión y la funcionalidad familiar. Asimismo, en el estudio de Cuaresma, Medina y Salvatierra (9) realizado en Lima, en la cual encontraron prevalencia de la disfunción familiar severa y depresión moderada en los adultos mayores, llegando a concluir que el nivel de funcionamiento familiar, presenta correlación con las manifestaciones depresivas con un ($p=0.000$). Por otra parte, Barboza B. (65) en la Libertad, encontró que la mayoría de los adultos mayores presentan disfunción familiar leve; a su vez, concluyó que existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y la depresión, esto podría atribuirse a que los adultos mayores, debido a sus declinaciones físicas propias de su edad, necesitan el apoyo familiar, en especial de los hijos de los que esperan recibir ayuda en el cuidado de su salud, alimentación, apoyo económico y afecto; pero al no tener este apoyo, el adulto mayor podría presentar depresión.

Con referencia al primer objetivo específico, en esta investigación, se identificó que la mayoría de adultos mayores presentan depresión severa. Según el marco teórico, refiere que la depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (13) y con el tiempo es probable que sus actividades básicas de la vida diaria, se vean afectadas y necesitarán de sus familiares para ser asistidos, dado que la depresión interfiere la vida cotidiana del adulto mayor (24). Al respecto, los resultados de esta investigación, se asemejan a los obtenidos por Pocomucha J. (59) en Huancavelica, quien al evaluar el



nivel de depresión en adultos mayores que asisten a un Centro de Salud, encontró que más de la mitad tuvieron depresión severa. Asimismo, Luque G. (10) en la ciudad de Puno, reportó que el nivel de depresión predominante es moderado y un poco menos de la mitad presentan depresión severa. Sin embargo, Cuaresma, Medina y Salvatierra (9) en Lima, encontraron que, la mayor parte de adultos mayores presentan depresión leve. Esto probablemente se deba a que los adultos mayores, son considerados como una carga para la familia, por lo que son desatendidos y abandonados por los hijos, llegando así a observar a varios adultos mayores viviendo únicamente con su cónyuge y en situación de abandono; además por las limitaciones muchas veces educativas y sociales no tienen la capacidad de acceder a los servicios de salud para mejorar o velar por su salud mental y por ello, es usual encontrar a los adultos mayores expresar sentimientos de tristeza y soledad.

En cuanto al segundo objetivo específico, los resultados de esta investigación, determinaron que la mayoría de adultos mayores, perciben disfunción familiar severa en sus hogares. Se apoya en la teoría de que una familia disfuncional o funcionalmente severa, presenta desajustes en la comunicación y adaptabilidad, que afecta el bienestar de sus miembros, ocasionando desajustes y desequilibrios específicamente en el funcionamiento familiar (43), tomando en cuenta que la familia como sistema, juega un papel importante para el adulto mayor, porque brinda a sus integrantes el cuidado de sus necesidades y un adecuado soporte social (34) pero en nuestro estudio, los adultos mayores al tener una familia disfuncional, con frecuencia se encuentran desatendidos y relegados por la familia. Los resultados obtenidos, al ser contrastado con otras investigaciones, encontramos similitud con el estudio de Hidalgo C. (60) en Ecuador, que reportó que más de la mitad de los adultos mayores del Centro del adulto mayor, sienten que sus familias son disfuncionales, así como se encontró en el presente estudio,



donde también más de la mitad presentan disfunción familiar severa. Asimismo, el estudio de Cuaresma, Medina y Salvatierra (9) encontraron prevalencia de disfunción familiar severa en los adultos mayores, esto puede estar atribuido a que en la familia, la atención está centrada en el cuidado de los hijos, dejando de lado al adulto mayor, tanto en sus necesidades básicas y emocionales, lo que ocasiona en ellos sentimientos de culpa, impotencia y abandono familiar. Sin embargo, estos hallazgos difieren con el estudio de Pahuara M. (48) realizada en Lima, quien concluye que la mayoría de los adultos mayores, perciben una buena funcionalidad familiar, lo que constituye un factor protector para los problemas emocionales, esto podría atribuirse al ámbito de estudio, puesto que el medio rural, los adultos mayores en su mayoría viven únicamente con la pareja y su familia directa (hijos) no están presentes; esta situación obedece posiblemente a la idiosincrasia de los pobladores de esta zona, cuando son jóvenes migran del campo a la ciudad, abandonando a los padres quienes se quedan en calidad de cuidantes de sus bienes territoriales y animales, pero con frecuencia son olvidados por la familia, tanto en sus necesidades básicas y emocionales. En cambio, en ciudades grandes, el adulto mayor vive con la familia y de algún modo son asistidos y reciben el apoyo familiar.

Por otra parte, respecto a la depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Adaptabilidad Familiar, se evidencia que la mayoría de los adultos mayores con depresión severa y moderada, refieren que casi nunca y algunas veces están satisfechos con la ayuda recibida por su familia frente a problemas o en situaciones de crisis. Tras la revisión del marco referencial, la adaptabilidad se define como la habilidad o capacidad de las personas para resolver sus conflictos, dentro y fuera de la familia dirigidas a la resolución de sus problemas (45). Además Viera *et al.*, (43) refiere que, la falta de adaptabilidad es propia de las familias disfuncionales, quienes no utilizan mecanismos estabilizadores para mejorar el bienestar de los miembros de la familia; es así que en este ambiente el adulto



mayor no puede adaptarse a los roles, situación de poder y situaciones estresantes que podría presentarse en el hogar. Ante ello, los resultados de la presente investigación coinciden con los reportados por Cuaresma, Medina y Salvatierra (9) quienes reportaron que la mayor parte de los adultos mayores casi nunca están satisfechos con esta dimensión, por lo que la familia no tiene la capacidad de resolver problemas en tiempos de crisis, esto puede atribuirse a la escasa o nula ayuda que reciben los adultos mayores por parte de su familia; por lo que no tendrían el apoyo para resolver los problemas propios del envejecimiento, situaciones estresantes, problemas de salud física y emocional. Además, al ser una población vulnerable, ya no trabajan, no tienen ingresos económicos y muchas veces por si solos ya no están en la capacidad de auto sostenerse y necesitan del apoyo de su familia. En cambio, estos hallazgos difieren con el estudio de Pahuara M. (48) realizada en Lima, que reportó que la mayoría de los adultos mayores refieren que se encuentran satisfechos algunas veces con esta dimensión y más de la quinta parte casi siempre. De manera similar en el estudio de Acuña *et al.*, (46) llevada a cabo en Cartagena, establecen que los adultos mayores se sienten satisfechos con esta dimensión, porque la mayoría mencionan que son escuchados y participan con sus opiniones y sugerencias para solucionar un problema, esto puede atribuirse al contexto en el que se realizó la investigación, puesto que la pandemia de Covid 19, no ha permitido que los hijos y familiares de los adultos mayores, puedan ir a visitarlos debido a la restricción de movilidad, lo que impidió que los adultos mayores estén cerca a sus hijos y reciban el apoyo de ellos.

En cuanto a la depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Participación Familiar, se encontró que los adultos mayores con depresión severa y moderada, manifiestan que algunas veces y casi nunca están satisfechos con la participación que su familia le permite, toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas al hogar.



Al respecto Suarez y Alcalá (11) sostienen que, la familia cuando hace partícipe al adulto mayor en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas a la familia, está cumpliendo y reconociendo su participación de manera activa dentro de la familia, bajo esta afirmación, la situación encontrada en la población de estudio, es que la mayoría no está considerando la participación del adulto mayor en el grupo familiar. Asimismo, Borja (47) señala que la participación de las personas en la sociedad es un punto clave, especialmente con la familia, tanto en eventos sociales y culturales de la comunidad, en la práctica religiosa, o temas de interés de los adultos mayores, considerando la autonomía en la decisión y la capacidad crítica para poder decidir cómo quieren participar e intervenir. Los resultados hallados, coinciden con el estudio de Pahuara M. (48) en Lima, quien reportó prevalencia de adultos mayores indicando que algunas veces participa en la familia. Además, Borja *et al.*, (47) como parte del resultado de su investigación cualitativa, sobre participación e inclusión familiar del adulto mayor a través de las visitas domiciliarias, pudo identificar que algunos adultos mayores se encontraban solos en sus casas, otra parte con sus cónyuges, otros al cuidado de alguno de sus hijos o nietos; y otros simplemente están a la espera que en cualquier momento Dios se acuerde de ellos y se los lleve, sin tener una esperanza de vida, lo que no permite tener una adecuada interacción y comunicación con la familia, lo cual podría atribuirse a que muchas veces los hijos o la misma familia no los toma en cuenta y no los hace partícipe por el simple hecho de que son adultos mayores y piensan que sus opiniones ya no tienen valor. Sin embargo, estos hallazgos difieren con los resultados obtenidos por Acuña *et al.*, (46) quienes encontraron que, la mayoría de los adultos mayores, se encuentran casi siempre satisfechos con la participación en su familia, lo cual podría atribuirse a que en las ciudades grandes, esta población vulnerable tiene mayor participación en las decisiones de la familia, puesto que muchos de ellos se encuentran al cuidado de sus hijos, los nietos



o algún familiar, realizando labores de la casa e inclusive realizan trabajos pequeños y reciben pensiones del estado para contribuir en el hogar.

Seguidamente, respecto a la depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Desarrollo o gradiente de Crecimiento Familiar, se identificó que la mayoría de los adultos mayores con depresión severa y moderada, mencionan que casi nunca y algunas veces están satisfechos con el apoyo recibido por su familia en sus deseos de emprender nuevas actividades. Según el marco teórico, refiere que el desarrollo o gradiente de crecimiento familiar, es la habilidad de la familia para dar asesoramiento en cada etapa de vida, mediante ella permite desarrollo individual tanto en la maduración física, emocional y auto realización. Además, hace referencia al apoyo que brinda la familia a sus integrantes, para que puedan emprender una nueva actividad, que sea de su interés y de esta manera se mantengan física y mentalmente activos, esto los ayudará a sentirse útiles y a traer a la memoria recuerdos agradables (11). Por otro lado, Pahuara M. (48) señala que, los adultos mayores que no reciben este asesoramiento presentan angustia, sentimientos de soledad y abandono, ya que no existe ese vínculo familiar, tomando en cuenta que la familia como institución, realiza esfuerzos para mejorar y adaptarse en el medio social. Al respecto, los resultados hallados, coinciden con otras investigaciones, como el estudio de Pahuara M. (48) realizada en Lima, quien encontró que la mayoría de los adultos mayores refieren que algunas veces reciben el apoyo de la familia para emprender una nueva actividad o dirección. Sin embargo, Cuaresma et al (9), encontró que prevaleció el 27.7% manifestando que siempre recibe el apoyo en sus deseos de emprender nuevas actividades y el 26.2% casi siempre, estos resultados difieren con la presente investigación, porque en nuestro estudio el porcentaje mayor se ubica en la categoría casi nunca y algunas veces, esto se puede atribuir al ámbito de estudio, ya que en nuestra zona de estudio, la mayor parte de los adultos mayores, no tienen cerca a su



familia; por lo general viven únicamente con su cónyuge, con alguno de sus hijos o algún familiar, lo que impediría tener una adecuada convivencia familiar, que permita a los hijos brindar apoyo al adulto mayor en sus deseos de comenzar una nueva actividad.

En cuanto a la depresión y funcionalidad familiar en su dimensión Afectividad Familiar, se demostró que la mayoría de los adultos mayores con depresión severa y moderada, refieren que casi nunca y algunas veces están satisfechos con el afecto recibido de su familia, porque no experimentan sentimientos, como el cariño, la preocupación y afecto. Al respecto Suarez y Alcalá (11) mencionan que, la afectividad es la habilidad de la familia para brindar afecto y cariño, por cada uno de los miembros de la familia; considerando que los adultos mayores, debido a las circunstancias propias de su edad, necesitan de una familia que los apoye y sostenga, se sientan queridos e importantes, que se les reconozca sus fortalezas y habilidades, para que se sientan útiles y puedan recordar momentos agradables, ya que esto repercute en la salud emocional del adulto mayor. Asimismo, Noceda (68) señala que, es importante que los miembros de la familia estén conectados mediante el afecto, confianza, seguridad y que todos se apoyen mutuamente, como parte del buen funcionamiento familiar. Los resultados hallados, coinciden con el estudio de Cuaresma, Medina y Salvatierra (9) llevada a cabo en Lima, quienes encontraron que prevaleció que casi nunca los adultos mayores reciben afecto, en dicho estudio y en el nuestro se evidencia que los adultos mayores no reciben afecto por parte de sus familias, esto quizá se deba a que por lo general, los hijos se encuentran ocupados trabajando en su centro laboral y descuidan al adulto mayor, sin brindarle cuidado y afecto, por lo que si la familia no brinda afecto se tiene el riesgo de presentar depresión. En cambio en la investigación de Pahuara M. (48) realizada en Lima, sobre la percepción de la funcionabilidad familiar en adultos mayores de un Centro de Salud del Cercado, reportó que la mayoría indicó que casi siempre están satisfechos con el afecto que reciben,



esto podría atribuirse a que en la zona rural, la familia directa (hijos) llegan al lugar de origen después de un año o años, solo para las fiestas patronales de la comunidad y no por los padres que dejaron; mientras que en las ciudades grandes, a pesar del poco tiempo que tienen debido a su trabajo, de alguna manera están en contacto con los adultos mayores brindándole atención y afecto.

Finalmente, respecto a la depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Capacidad de Resolución Familiar, se demostró que la mayoría de los adultos mayores con depresión severa y moderada, indicaron que casi nunca y algunas veces están satisfechos con el tiempo familiar, el uso de espacios y dinero compartido. Al respecto, Suarez (11) refiere que la capacidad de resolución familiar, es el compromiso que tiene la familia con los miembros de esta, ya que, cubre sus necesidades físicas y emocionales en cada etapa de vida. Por otra parte, Gallardo (50) señala que, esta dimensión implica atender las necesidades de cada uno de los integrantes de la familia, para ello esta debe compartir espacios, ingresos económicos y proveer de recursos materiales. Ante ello, los resultados hallados, son similares con el estudio de Cuaresma, Medina y Salvatierra (9) realizada en Lima, quienes concluyeron que, la mayoría de los adultos mayores casi nunca tienen satisfacción en esta dimensión. Sin embargo, difiere con el estudio de Pahuara M. (48) realizada en Lima, ya que en su estudio predomina la satisfacción casi siempre y siempre. Asimismo, en el estudio de Hurtado P. (74) encontró que esta dimensión obtuvo satisfacción; los cuales difieren con nuestros resultados, esto puede deberse a la zona de estudio, ya que los adultos mayores de la zona rural por lo general viven solos o únicamente con su cónyuge y no tienen a su familia directa (hijos) que compartan su tiempo, espacio y dinero con el adulto mayor; por lo que los adultos mayores viven con carencias económicas, nutricionales y de apoyo principalmente; a pesar de que muchos reciben un apoyo monetario del gobierno (Pensión 65), no es lo suficiente para cubrir las



necesidades básicas que requiere el adulto mayor; en cambio en las ciudades grandes el adulto mayor vive junto a sus hijos, recibiendo el apoyo económico, alimentación y cuidado.



V. CONCLUSIONES

Primera:

Existe relación entre el nivel de depresión y el funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro Red Capachica-Puno 2021, corroborado por la prueba de correlación de Spearman, con un valor de significancia de $p=0,000$, siendo esta relación inversa o negativa y de intensidad media (Rho de $-0,648$), porque a mayor disfunción familiar, mayor es la depresión del adulto mayor.

Segunda:

La mayoría de los adultos mayores presentan depresión severa y más de la quinta parte depresión moderada.

Tercera:

Los adultos mayores de la Micro red Capachica-Puno presentaron disfunción familiar severa.

Cuarta:

El funcionamiento familiar según sus dimensiones, Adaptabilidad Familiar, Desarrollo o gradiente de Crecimiento Familiar, Afectividad Familiar y Capacidad de Resolución Familiar, presentan relación con la depresión; siendo esta inversa o negativa y de intensidad considerable. En cambio, la dimensión Participación Familiar, presenta relación inversa o negativa y de intensidad moderada; lo que determina que a mayor insatisfacción en las dimensiones del funcionamiento familiar, aumenta la depresión en los adultos mayores.



VI. RECOMENDACIONES

Primera: A las autoridades de la Micro Red Capachica, implementar un trabajo multisectorial, donde se involucre a las autoridades comunales y familiares de los adultos mayores, con la finalidad de brindarles información sobre el apoyo emocional para contrarrestar la depresión y la importancia de tener un adecuado funcionamiento familiar.

Segunda: A la Jefatura de enfermería de la Micro Red Capachica encargadas de la atención comunitaria de los diferentes Centros de Salud, implementar talleres educativos para promover el cuidado de la salud mental de los adultos mayores, con la finalidad de limitar la depresión.

Tercera: A los profesionales de Enfermería responsables de la Estrategia de Salud del Adulto Mayor de los diferentes Centros de Salud comprendidos dentro de la Micro Red Capachica, implementar talleres educativos sobre los componentes del funcionamiento familiar, para promover una familia funcional y de esta manera disminuir la depresión severa en el adulto mayor.

Cuarta: A los estudiantes y bachilleres de enfermería, realizar investigaciones de intervención educativa, dirigidos específicamente a la familia; así se podrá dar a conocer que tan importante es la familia funcional para preservar un buen estado emocional del adulto mayor.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS. Depresión, Salud mental en las Americas [Internet]. 2020 [citado 18 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depression>
2. Organización Mundial de la Salud. La depresión encabeza la lista de causas de enfermedad [Internet]. Nota de prensa. 2021 [citado 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
3. Jonis M, Llacta D. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país, Perú. Revista Medica Herediana [Internet]. 2013 [citado 29 de septiembre de 2021]; Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000100013
4. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y demencia en adultos mayores de 60 años en el mundo [Internet] 2020. [citado 25 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9073:2013-depression-dementia-top-mental-disorders-people-over-60&Itemid=1926&lang=es
5. Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores [Internet]. Centro de Prensa. 2021 [citado 25 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>



6. Ministerio de Salud. Plan de salud mental Perú, 2020-2021 (En el contexto covid-19) Lima-Perú; 2020. 1-60 p. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2149352/Estudio%20Comparativo.pdf?v=1630594590>
7. Organización Panamericana de la Salud. La pandemia por Covid-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de ansiedad y depresión en todo el mundo [Internet]. Fondo COVID-19. 2020 [citado 25 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
8. Soto M, Ramos M, Camargo L, Calizaya J, Caldichoury N. El impacto del SARS COV-2 en el estado emocional de los adultos mayores en America Latina, Int. Psicogeriatría [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 19 de octubre de 2022];33(2):193-4. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/impact-of-sarscov2-on-emotional-state-among-older-adults-in-latin-america/7C47D4ADFEE8F78AD07E9FC8F80C19D8>
9. Cuaresma S, Medina A, Salvatierra S. Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con Diabetes – Programa de Diabetes en un Hospital del MINSA Junio-agosto 2018. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019.
10. Luque G. Características personales y nivel de depresión en adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2017. Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
11. Suárez M, Alcalá M. APGAR Familiar: Una herramienta para detectar la



- disfunción familiar. Revista Médica La Paz [Internet]. 2014 [citado 30 de septiembre de 2021];20(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
12. Martínez Y, Delgado R, Sánchez D, Pérez Y, Núñez Y. Salud familiar en adultos mayores residentes en el Consejo Popular La Julia del municipio Batabanó. Rev Medigraphic [Internet]. 2017 [citado 17 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2017/hph171f.pdf>
 13. Organización Panamericana de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Centro de Prensa. 2017 [citado 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
 14. MedlinePlus enciclopedia médica. Depresión en los adultos mayores [Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. 2021 [citado 30 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>
 15. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Medica Hered. 16 de octubre de 2018;29(3):182.
 16. Arias W, Muñoz A, Rivera R. Análisis psicométrico de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores de la Macroregión Sur del Perú. Revista Enfermería Herediana. 9 de junio de 2021;12:11-9.
 17. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud [Internet]. 2015 [citado 23 de septiembre de 2021]. p. 1-55. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://apps.who.int/iris/bitstream>



/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

18. Coryell W. Trastornos depresivos y psiquiátricos en el Manual MSD Versión para profesionales [Internet]. University of Iowa Carver College of Medicine. España; 2020 [citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/trastornos-depresivos>
19. Pérez E, Cervantes V, Hijuelos A, Pineda J, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev Biomédica [Internet]. 2017 [citado 18 de agosto de 2022];28(2):73-98. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557/590>
20. Mayo Clinic. Depresión (trastorno depresivo mayor [Internet]. Revista Middlesex Health. 2022 [citado 18 de agosto de 2022]. p. 1-10. Disponible en: <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/depresi-n-trastorno-depresivo-mayor>
21. Bretón M. Base bioquímica y neuroanatomía de la depresión [Internet]. NeuroClass. 2021 [citado 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://neuroclass.com/base-bioquimica-y-neuroanatomia-de-la-depresion/>
22. Flores M, Salinas M, Carbajal A, Rodriguez L. El papel del ácido gamma-aminobutírico en la depresión de la mujer. Gac Med Mex [Internet]. 2017 [citado 18 de agosto de 2022];153(4):486-95. Disponible en: www.gacetamedicademexico.com
23. Hidalgo C, Agudin N. Tratamiento de la depresión en el anciano. Rev NPunto [Internet]. 2018 [citado 20 de octubre de 2021];1(8). Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/8/tratamiento-de-la-depresion-en-el-anciano>



24. González J, Valdéz M, Iglesias S, García M, González D. La depresión en el anciano. Rev NPunto [Internet]. 2018 [citado 20 de octubre de 2021];1(6). Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
25. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Medica Herediana [Internet]. 2018 [citado 18 de agosto de 2022];29(3):182-91. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3408>
26. Asociacion Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, 5ta Edición [Internet]. Médica Panamericana, editor. 2014 [citado 20 de agosto de 2022]. 438 p. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200014
27. Calvo M, Jaramillo L. Detección del trastorno depresivo mayor en pacientes de atención primaria [Internet]. 2015 [citado 21 de octubre de 2021];63(3):471-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>
28. García J, Nogueras E, Muñoz F, Morales J. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria [Internet]. Servicio de Andaluz de Salud, editor. España; 2011 [citado 21 de octubre de 2021]. 186 p. Disponible en: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_488_Depresion_AP_Andalucia.pdf
29. Tartaglino M, Hermida P, Ofman S, Feldberg C, Freiberg-H. Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. [Internet]. 10 de agosto de 2021 [citado 10 de octubre de 2021];11(2):69-83. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-



70262021000200069&lng=es&nrm=iso&tlng=es

30. Djernes J. Prevalencia y predictores de depresión en poblaciones de adultos mayores [Internet]. 1 de mayo de 2006 [citado 30 de septiembre de 2021];113(5):372-87. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x>
31. Castillo M, Barria A, Millalaf C. Depresión en adultos mayores, según Escala Geriátrica Yasavage. Revista Horizonte [Internet]. 2017 [citado 30 de septiembre de 2021];8(2):1. Disponible en: <http://revistahorizonte.ulagos.cl/index.php/horizonte/article/view/85>
32. Bacca A, González A, Uribe A. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores Colombianos [Internet]. Revista Pensamiento Psicológico. 2005 [citado 30 de septiembre de 2021]. p. 53-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/801/80112046006.pdf>
33. Castilla H, Caycho T, Ventura J, Palomino M, De la Cruz M. Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. 2016 Salud & Sociedad, 6(2), 140-153. Disponible en: <https://doi.org/10.22199/S07187475.2015.0002.00003>
34. Medicina Familiar. Aplicación y Uso del APGAR Familiar [Internet]. Medicos Familiares. 2017 [citado 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.medicosfamiliares.com/familia/aplicacion-y-uso-del-apgar-familiar.html>
35. Delfín C, Cano R, Peña E. Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. Rev Ciencias Sociales [Internet]. 2020 [citado 30 de septiembre de 2021];25(2):43-55. Disponible en:



<https://www.redalyc.org/journal/280/28063431006/html/>

36. Alarcón R. Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. Revista peruana de Psicología y trabajo social. 2017. 3(1), 61-74.
37. Placeres J, León L. La familia y el adulto mayor. Rev Médica Electrónica [Internet]. 27 de marzo de 2014 [citado 10 de octubre de 2021];33(4):472-83. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/855>
38. Martínez J, Infante A, Medina L. Ejes de racionalidad en torno a la familia y los modelos parentales: una construcción cualitativa de las teorías sobre la familia [Internet]. Revista claves del pensamiento. 2016 [citado 30 de septiembre de 2021]. p. 115-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6070261>
39. Valladares A. La familia, una mirada desde la Psicología. Rev MediSur [Internet]. 2008 [citado 21 de octubre de 2021];6(1):4-16. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319>
40. Carreras A. Recursos, funcionalidad y disfuncionalidad Familiar. Apuntes: Recursos, funcionalidad y disfuncionalidad familiar. 2016. p. 12.
41. Abelson H, Fishburne P, Cisin I. Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores [Internet]. 2013 [citado 21 de octubre de 2021]. p. 1-79. Disponible en: <https://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>
42. Nolasco S. Disfuncionalidad familiar en los sectores periféricos del distrito La Esperanza. SCIÉNDO [Internet]. 29 de marzo de 2019 [citado 21 de octubre de



- 2021];22(1):59-65. Disponible en:
<https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/view/2303>
43. Viera A, Romero M, Hernández C, González R, Sarracent A, Rodriguez R. Características sociodemográficas y apreciación sobre funcionalidad de la familia en adictos a marihuana y medicamentos. [Internet]. 2011 [citado 21 de octubre de 2021];8(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2011/hph04311.html>
44. León C. La depresión en tiempos de covid-19: Análisis del impacto de la pandemia en grupos vulnerables. Educ Umch [Internet]. 2021 [citado 18 de agosto de 2022];0(17). Disponible en:
<http://portal.amelica.org/ameli/journal/359/3592531006/html/>
45. Reinhard L. Niveles de adaptabilidad familiar [Internet]. LIFESTYLE. 2021 [citado 27 de diciembre de 2021]. Disponible en:
https://www.ehowenespanol.com/niveles-adaptabilidad-familiar-info_252630/
46. Acuña I, Barrios Y, Martines N, Pereira T, Taborda E, Vargas G. Percepción de la funcionalidad Familiar en adultos mayores en Centros de vida de la ciudad de Cartagena [Internet]. Universidad de Cartagena; 2015 [citado 27 de diciembre de 2021]. Disponible en:
[https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/2642/PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE VIDA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/2642/PERCEPCIÓN%20DE%20LA%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20LOS%20CENTROS%20DE%20VIDA%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20CARTAGENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
47. Borja C, Peláez Y, Albán D. Adultos mayores y la participación e inclusión familiar [Internet], 2018. [citado 27 de diciembre de 2021]. Disponible en:



- <https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/wp-content/uploads/2020/02/Adulto-Mayor-y-la-participacion-e-inclusion-familiar.pdf>
48. Pahuara M. Percepción de la funcionalidad Familiar mediante el APGAR Familiar en adultos mayores del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Cercado de Lima-2018 [Internet]. Universidad Nacional Federico Villareal; 2019 [citado 10 de octubre de 2021]. Disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3272/UNFV_PAHUARA_LLACCOHUA_MARIA_LUISA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
49. Negrete D. Seis beneficios del apoyo familiar en la salud emocional del adulto mayor [Internet]. Revista Junta de Beneficiencia de Guayaquil. 2015 [citado 27 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://hogarcorazondejesus.org.ec/blog/item/20003-beneficios-apoyo-familiar-aporta-salud-emocional-adulto-mayor>
50. Gallardo L, López A, Molina A, Schettini R. Apoyo familiar y comunitario en adultos mayores chilenos: la importancia de fuentes hereterogéneas de apoyo social para la calidad de vida [Internet]. 18 de agosto de 2018 [citado 27 de diciembre de 2021];61(6):584-604. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29979944/>
51. Arévalo N. El concepto de familia en el siglo XX [Internet]. Dirección de Justicia Formal y Jurisdiccional. 2014 [citado 12 de junio de 2022]. p. 10. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/6.Min Justicia- El Concepto de Familia en el Siglo XXI.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/6.Min%20Justicia-El%20Concepto%20de%20Familia%20en%20el%20Siglo%20XXI.pdf)
52. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus, más información sobre la pandemia de COVID-19 [Internet]. Temas de salud. [citado 12 de junio de 2022].



Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

53. Instituto Nacional de Informatica. Situación de Salud de la población Adulta Mayor [Internet]. 2016 [citado 12 de junio de 2022]. p. 76. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1459/libro.pdf
54. Adhanom A. Diferencia entre brote, epidemia y pandemia [Internet]. Gaceta Médica. 2020 [citado 12 de junio de 2022]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/cual-es-la-diferencia-entre-brote-epidemia-y-pandemia/>
55. Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión [Internet]. Temas de salud. 2020 [citado 12 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-listing>
56. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. Centro de prensa. 2022 [citado 12 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
57. Dongil E, Cano A. Habilidades Sociales [Internet]. Sociedad Española para el Estrés (SEAS) editores. España; 2014 [citado 12 de junio de 2022]. 60 p. Disponible en: https://bemocion.sanidad.gob.es/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia_habilidades_sociales.pdf
58. Molés M, Esteve A, Lucas M, Folch A. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Enfermería Global [Internet]. 2019 [citado 29 de septiembre de 2021];18(55):58-82. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-



61412019000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

59. Pocomucha J. Depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de sacco Yauli-Junín 2019. Universidad Nacional de Huancavelica. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d1517443-9a5e-4193-b9a9-cd1d97d6d1f2/content>
60. Hidalgo C. Funcionalidad familiar y su influencia con la depresión en adultos mayores del centro del adulto mayor calderón, de la ciudad de Quito, durante el año 2018. [Internet]. Universidad Tecnológica Indoamerica; 2018 [citado 26 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/609/1/TESIS DE LA CARRERA CIENCIAS PSICOLÓGICAS DE HIDALGO PAZMIÑO CRISTHIAN GEOVANNY.pdf>
61. Saavedra A, Rangel S, García A, Duarte A, Bello Y, Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Atención Familiar [Internet]. 1 de enero de 2016 [citado 29 de septiembre de 2021];23(1):24-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-depresion-funcionalidad-familiar-adultos-mayores-S1405887116300736>
62. Escalona B, Ruiz A. Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. Rev Psicológica Iberoamericana [Internet]. 2015 [citado 29 de septiembre de 2021];24(1):38-46. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1339/133947583005/html/>
63. Tapia G. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores con diabetes



- mellitus tipo 2 en Pasaje 2016. Universidad Nacional de Loja; 2017.
64. Arias D. Clima Social Familiar y depresión en adultos mayores de la casa Hogar Obispo Grosó de Cajamarca 2020 [Internet]. Universidad Autónoma de Ica; 2021 [citado 25 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2404776>
65. Barboza B. Funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del adulto mayor del hospital distrital Santa Isabel, el Porvenir-La Libertad 2016 [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2016 [citado 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/762/barboza_gb.pdf?sequence=1&isAllowed=y
66. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación [Internet]. Sexta edición. McGRAW-HILL/Interamericana, editores. México; 2014 [citado 29 de marzo de 2019]. 634 p. Disponible en: www.elosopanda.com%7Cjamespoetrodriguez.com
67. Cuaresma S, Medina A, Salvatierra S. Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes - Programa de Diabetes en un hospital del MINSA, junio-agosto 2018 [Internet]. Sunedu. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019 [citado 25 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2340181>
68. Noceda S. Calidad de vida y funcionamiento familiar del adulto mayor del centro de Salud México, San Martín de Porres [Internet]. Universidad César Vallejo. 2018 [citado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/27919>



69. Carrero M, Chávez J. Efecto del programa Artes Expresivas en la depresión de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor – Moyobamba, 2019. Universidad César Vallejo; 2020.
70. Lanza D. Terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, marzo – mayo 2017. Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
71. Patiño F, Arango E, Baena L. Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *Revista colombiana de Psiquiatría*. 2013. 42(2), 198-211.
72. Pardo A. SPSS 11: Guía para el análisis de datos [Internet]. Casa del Libro, editor. Madrid; 2022 [citado 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-spss-11-guia-para-el-analisis-de-datos/9788448137502/861405>
73. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 21 de abril de 2020 [citado 7 de julio de 2020];37(2):327-34. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5419>
74. Hurtado P. Relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de ansiedad en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”- Huancayo, 2020 [Internet]. Universidad Continental; 2021 [citado 12 de junio de 2022]. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/10344/1/IV_FHU_501_TE_Hurtado_Yarasca_2021.pdf



ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,.....de.....años de edad con
DNI.....domiciliado en comunidad/centro poblado
..... del distrito del Distrito de Capachica; habiendo recibido la
explicación en forma clara y sencilla sobre el proyecto de investigación “DEPRESIÓN Y
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES EN TIEMPOS DE
COVID-19, MICRO RED CAPACHICA-PUNO 2021”, que efectuarán las tesoreras de la
facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, acepto ser
entrevistado (a) voluntariamente en dicha investigación.

Con la información que he recibido sobre esta investigación y estando en pleno uso de
mis facultades mentales, es que firmo el presente documento, en el que no perjudicará mi
integridad física.

Fecha:/...../.....

Firma



ANEXO 2

GUÍA DE ENTREVISTA

ESCALA ABREVIADA DE YASAVAGE

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

		SI	NO
1	¿Está usted satisfecho con su vida?	0	1
2	¿Ha disminuído o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	1	0
5	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	0	1
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	1	0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	1	0
9	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	1	0
10	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1	0
11	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	0	1
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	1	0
13	¿Se siente lleno de energía?	0	1
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	1	0
15	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	1	0



ANEXO 3

GUÍA DE ENTREVISTA

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (APGAR)

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

SEXO: M () F () **EDAD:** _____

CONVIVENCIA FAMILIAR: Pareja () Con sus hijos () Con sus nietos
() Con familiares () Otros ()

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Sin estudios () Primaria () Secundaria ()

OCUPACIÓN: Su casa () Comerciante () Agricultora/o ()

FUNCIÓN	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Algunas veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia, cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					

ANEXO 4

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	VALOR FINAL
Variable independiente: Funcionamiento Familiar	Es aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como un sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma como el sistema familiar opera, evalúa o se comporta. Considera la adaptabilidad, participación, desarrollo o gradiente de crecimiento, afectividad y capacidad de resolución familiar.	Adaptabilidad Familiar.	Ayuda recibida por su familia frente a problemas.	0 = Nunca. 1=Casi nunca. 2=Algunas veces. 3=Casi siempre. 4= Siempre.	Funcional = 17 a 20 puntos
		Participación Familiar.	Participación que su familia le permite.		Moderadamente funcional = 13 a 16 puntos
		Desarrollo o gradiente de crecimiento familiar.	Apoyo recibido por su familia en sus deseos de emprender nuevas actividades.		Disfuncional = 10 a 12 puntos
		Afectividad familiar.	Afecto recibido por su familia.		Severamente disfuncional = Menor o igual a 9 puntos
		Capacidad de resolución familiar.	Tiempo familiar, uso de espacios y dinero compartido.		

Variable dependiente: Nivel de depresión	Es una enfermedad que ocasiona en las personas tristeza en forma continua, pérdida de interés al realizar actividades que normalmente se disfrutaba, e incluso lleva a la persona a la incapacidad para realizar sus actividades diarias, durante al menos 2 semanas.	Cognitiva.	1. Estar satisfecho con la vida. 3. Tener un sentimiento de vacío. 4. Estar aburrido. 5. Presentar buen ánimo. 6. Temor a los resultados. 7. Estar feliz. 8. Sentirse desamparado. 9. Perder la memoria. 11. Sentirse vivo. 12. Sentirse inútil o despreciado. 14. Estar desamparado. 15. Creer que otras personas están bien.	Si No	Sin depresión = 0-4 puntos. Depresión leve=5-8 puntos. Depresión moderada= 9-11 puntos. Depresión severa=12-15 puntos.
		Conductual.	2. Realizar actividades recreativas. 10. Permanecer en casa. 13. Sentirse con mucha energía.	Si No	

Fuente: Nivel de depresión: Lanza D. Terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, marzo – mayo 2017. **Funcionamiento Familiar:** Barboza B. Funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del adulto mayor del hospital distrital Santa Isabel, el Porvenir-La Libertad 2016 .

ANEXO 5

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la investigación: Depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de covid-19, Micro Red Capachica-Puno 2021.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Existe relación entre el nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021?	Objetivo general: Determinar la relación entre el nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.	Ha. Existe relación entre el nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.	Variable independiente: Funcionamiento Familiar.	Adaptabilidad Familiar. Participación Familiar. Desarrollo o gradiente de crecimiento Familiar.	Ayuda recibida por su familia frente a problemas. Participación que su familia le permite. Apoyo recibido por su familia en sus deseos de emprender nuevas actividades. Afecto recibido por su familia. Tiempo familiar, uso de espacios y dinero	Tipo: Descriptivo correlacional. Diseño: No experimental Transversal. Población: 2173 adultos mayores. Muestra: 327 adultos mayores.
	Objetivos específicos: Identificar el nivel de depresión de	Ho. No existe relación entre el nivel de depresión y		Capacidad de		

<p>los adultos mayores.</p>	<p>funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.</p>			<p>resolución Familiar.</p>	<p>compartido.</p>	<p>Técnica: Encuesta.</p> <p>Instrumentos Escala Abreviada de Yesavage para evaluar el nivel de depresión (Test de Yesavage).</p> <p>Escala de funcionalidad familiar (APGAR)</p> <p>Estadística: Coeficiente de correlación de Spearman.</p>
<p>Identificar el nivel de funcionamiento familiar de los adultos mayores.</p> <p>Establecer la relación entre el nivel de depresión y el funcionamiento familiar según sus dimensiones de los adultos mayores.</p>		<p>Variable dependiente: Nivel de depresión.</p>	<p>1. Estar satisfecho con la vida. 3. Tener un sentimiento de vacío. 4. Estar aburrido. 5. Presentar buen ánimo. 6. Temor a los resultados. 7. Estar feliz. 8. Sentirse desamparado. 9. Perder la memoria. 11. Sentirse vivo. 12. Sentirse inútil o despreciado. 14. Estar desamparado. 15. Creer que otras personas están bien.</p>	<p>2. Realizar actividades recreativas. 10. Permanecer en casa. 13. Sentirse con mucha energía.</p>	<p>Conductual.</p>	



ANEXO 6

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 9. Características sociodemográficas de los adultos mayores en tiempos de COVID-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

		N°	%
Sexo	Masculino	125	38,2%
	Femenino	202	61,8%
	Total	327	100,0%
Edad	60 a 69 años	46	14,1%
	70 a 79 años	169	51,8%
	80 a más años	111	34,0%
	Total	326	100,0%
Convivencia familiar	Pareja	129	39,4%
	Con sus hijos	117	35,8%
	Con sus nietos	54	16,5%
	Con familiares	22	6,7%
	Otros	5	1,5%
Total	327	100,0%	
Grado de instrucción	Sin estudios	153	46,8%
	Primaria	157	48,0%
	Secundaria	17	5,2%
	Total	327	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada por las investigadoras a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.



ANEXO 7

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por 2173 adultos mayores que viven en el ámbito de la Micro Red Capachica.

Establecimiento de Salud	Categoría del establecimiento	N° de adultos mayores
C.S. Capachica	I-3	1053
P.S. Amantani	I-2	143
P.S. Yapura	I-1	143
P.S. Isañura	I-2	193
P.S. Ccotos	I-1	228
P.S. Llachón	I-2	242
P.S. Escallani	I-2	171
Total		2173

Fuente: “Instituto Nacional de estadística e informática”.



ANEXO 8

CRONOGRAMA DE RECOJO DE DATOS

CENTRO DE SALUD	FECHA Y HORA	MOMENTO EN QUE SE APLICÓ LOS INSTRUMENTOS	LUGAR	CANTIDAD	COORDINACIÓN
C.S. Capachica I-3.	19/03/2022 Hora: 11 am.	Taller educativo sobre prevención de enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión arterial) a los adultos mayores del C.S. Capachica.	Frontis del C.S. Capachica.	39 adultos mayores.	Jefa de Enfermería de la Micro Red Capachica.
	23/03/2022 24/03/2022 25/03/2022 Hora: 10 am.	Pago a los beneficiarios del programa pensión 65, del distrito de Capachica, que pertenecían al C.S. Capachica.	Coliseo del distrito de Capachica.	90 adultos mayores.	Municipalidad Distrital de Capachica.
	18/03/2022 21/03/2022 22/03/2022 26/03/2022 Hora: 8am.	Visitas domiciliarias a los adultos mayores del Centro de Salud Capachica.	Domicilio de los adultos mayores.	29 adultos mayores.	-
P.S. Amantani I-2.	07/04/2022 Hora: 11am.	Atención integral de Salud (toma de exámenes de laboratorio, colesterol, triglicéridos) a los adultos mayores del P.S. Amantani.	P.S. Amantani.	17 adultos mayores.	Doctor encargado del programa de salud familiar del P.S. Amantani.
	09/04/2022 Hora: 8:00 am.	Visitas domiciliarias a los adultos mayores del puesto de salud Amantani.	Domicilio de los adultos mayores.	4 adultos mayores.	-
P.S. Yapura I-1.	15/04/2022 Hora: 9:30 am.	Taller educativo para mantener la actividad física “Danza Qashwa” de los Adultos Mayores del P.S. Yapura.	P.S. Yapura.	15 adultos mayores.	Enfermera encargada del programa de Salud del Adulto Mayor del P.S. Yapura.
	16/04/2022 Hora: 8 am.	Visitas domiciliarias a los adultos mayores del puesto de salud Yapura.	Domicilio de los adultos mayores.	6 adultos mayores.	-

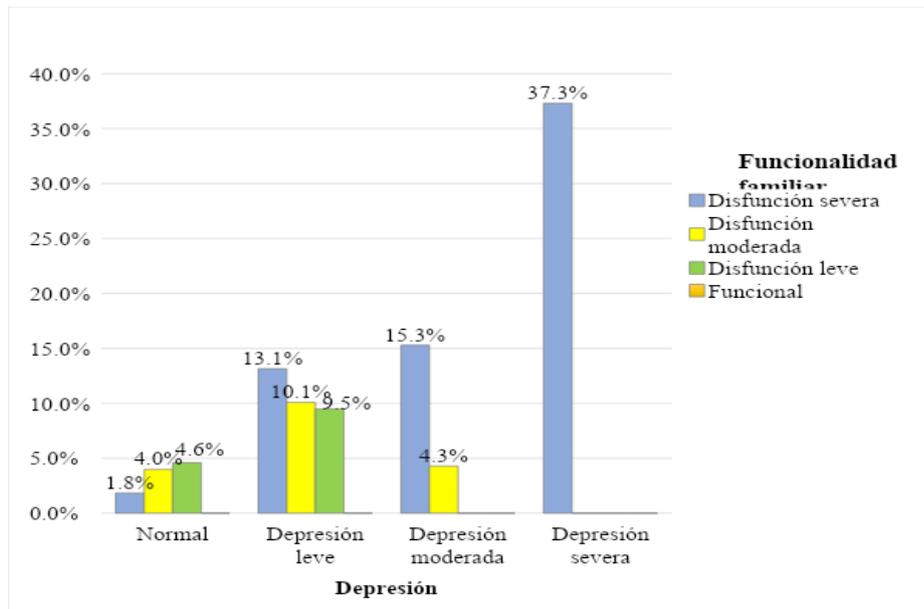


P.S. Isañura I-2.	21/04/2022 Hora: 9 am.	Sesión demostrativa sobre alimentación saludable y lavado de manos de los adultos mayores del P.S. Isañura.	P.S. Isañura.	20 adultos mayores.	Enfermera encargada del programa de Salud del Adulto Mayor del P.S. Isañura.
	23/04/2022 Hora: 8:00 am.	Visita a los domicilios de los adultos mayores pertenecientes al P.S. Isañura.	Domicilios de los adultos mayores.	9 adultos mayores.	-
P.S. Ccotos I-1.	11/05/2022 Hora: 10 am.	Atención integral de Salud (toma de exámenes de laboratorio, colesterol, triglicéridos) a los adultos mayores del P.S. Ccotos.	Plaza de la Municipalidad de Ccotos.	18 adultos mayores	Enfermera Jefe del P.S. Ccotos.
	12/05/2022 14/05/2022 18/05/2022 Hora: 8 am.	Visita a los domicilios de los adultos mayores pertenecientes al P.S. Ccotos.	Domicilios de los adultos mayores.	16 adultos mayores	-
	24/05/2022 Hora: 10 am.	Sesión educativa sobre autocuidado y prevención de artritis de los adultos mayores del P.S. Llachon.	P.S. Llachon.	20 adultos mayores.	Enfermera encargada del programa de Salud del Adulto Mayor del P.S. Llachon.
P.S. Llachon I-2.	25/05/2022 26/05/2022 Hora: 8 am.	Visita a los domicilios de los adultos mayores pertenecientes al P.S. Llachon.	Domicilios de los adultos mayores.	16 adultos mayores.	-
	31/05/2022 Hora: 9.30 am.	Taller educativo sobre cuidado del adulto mayor e importancia de la inmunización del adulto mayor del P.S. Escallani.	P.S. Escallani.	15 adultos mayores.	Enfermera encargada del programa de Salud del Adulto Mayor del P.S. Escallani
P.S. Escallani I-2.	03/06/2022 Hora: 10 am.	Reunión de Adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 del centro poblado Esacallani para coordinar actividades.	Plaza principal del centro poblado de Escallani.	11 adultos mayores.	Presidente de la organización de adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65.

ANEXO 9

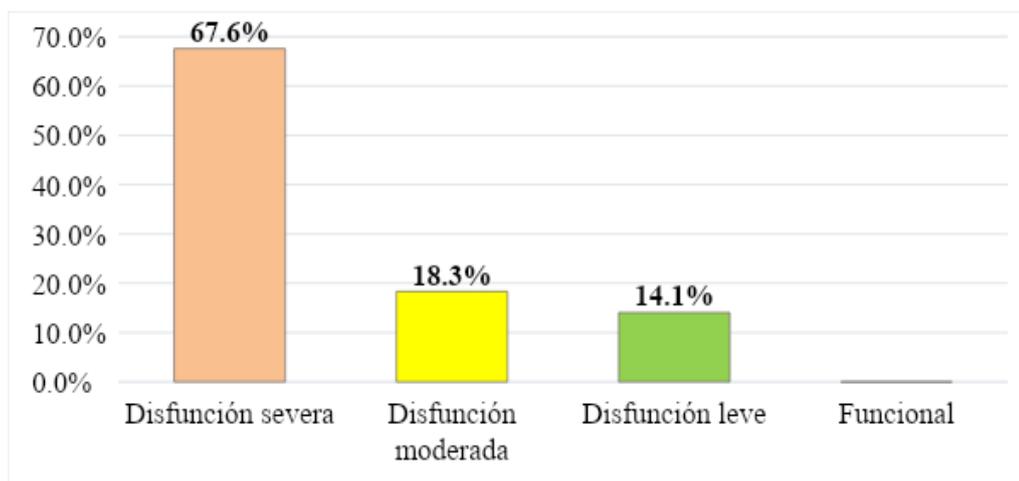
GRAFICOS DE LOS RESULTADOS

Gráfico 1. Nivel de depresión y Funcionamiento Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.



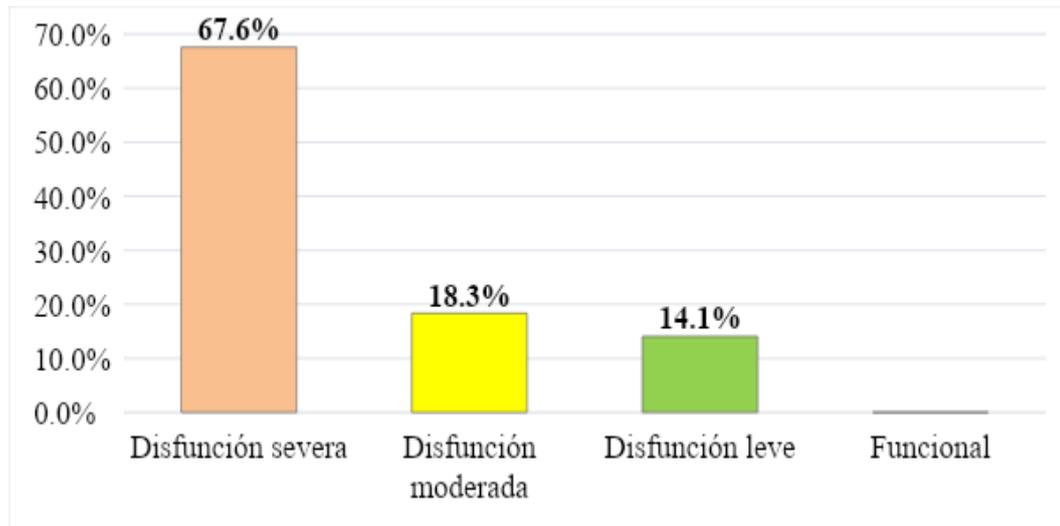
Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

Gráfico 2. Nivel de depresión en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.



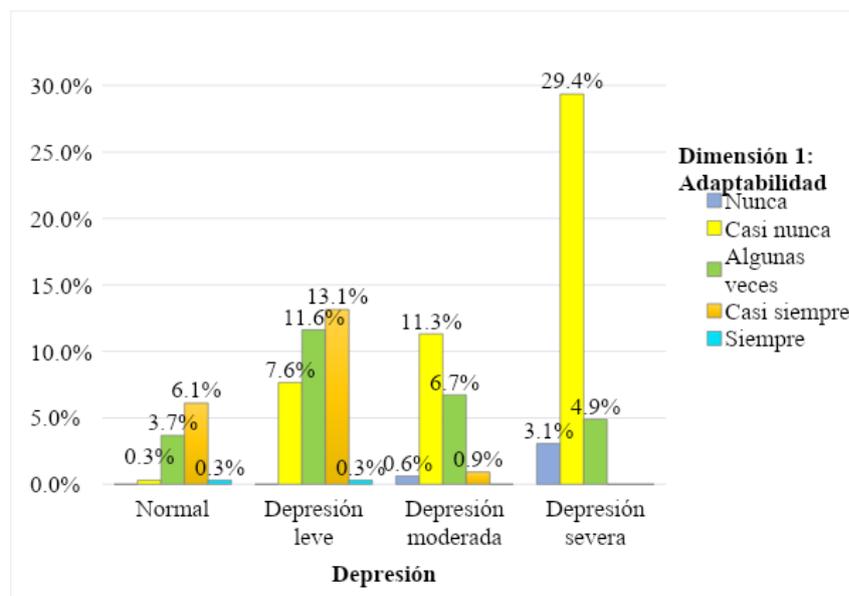
Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

Gráfico 3. Nivel de funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

Gráfico 4. Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión Adaptabilidad Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

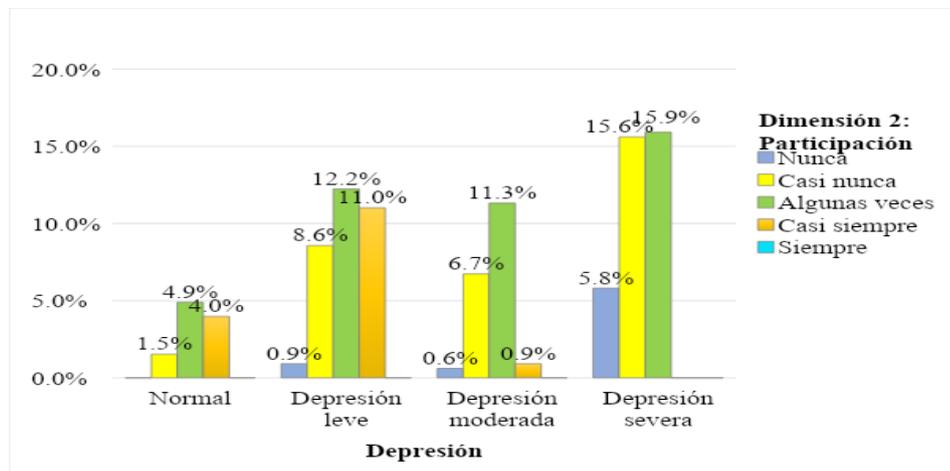


Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

Gráfico 5. Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión

Participación Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red

Capachica - Puno, 2021.

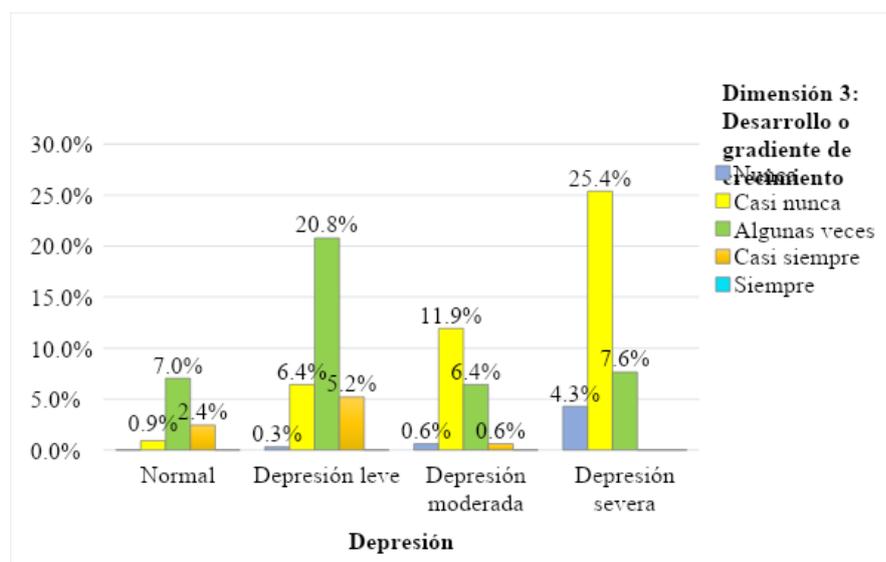


Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

Gráfico 6. Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión

Desarrollo o gradiente de crecimiento Familiar en adultos mayores en tiempos de

Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.

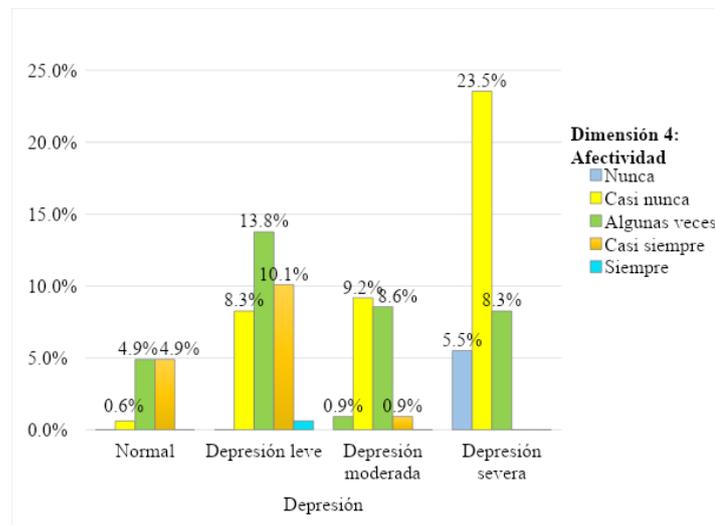


Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno

Gráfico 7. Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión

Afectividad Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red

Capachica - Puno, 2021.

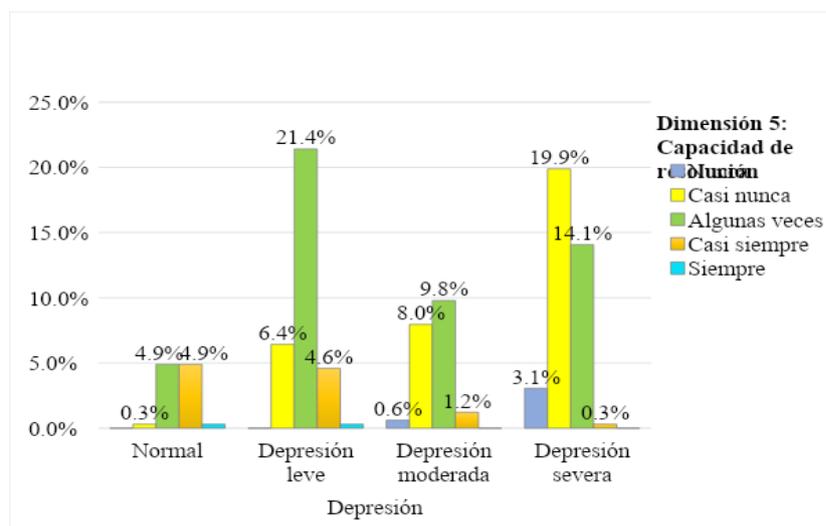


Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

Gráfico 8. Nivel de depresión y funcionamiento familiar en su dimensión

Capacidad de resolución Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en

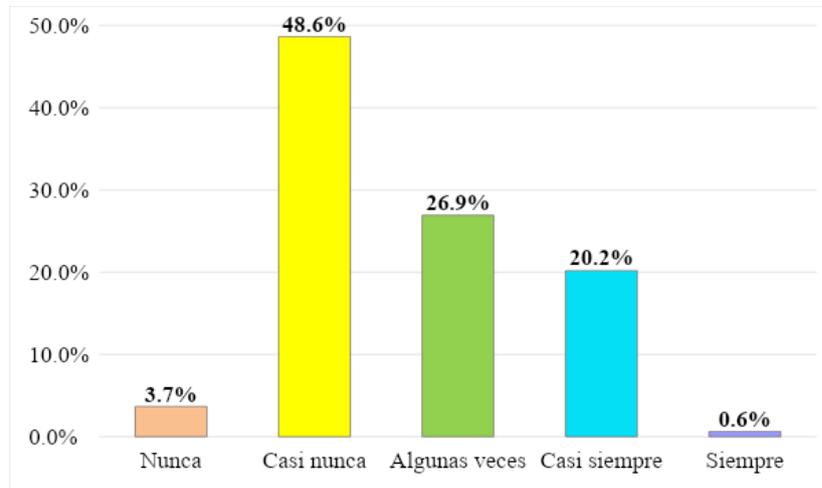
la Micro red Capachica - Puno, 2021.



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

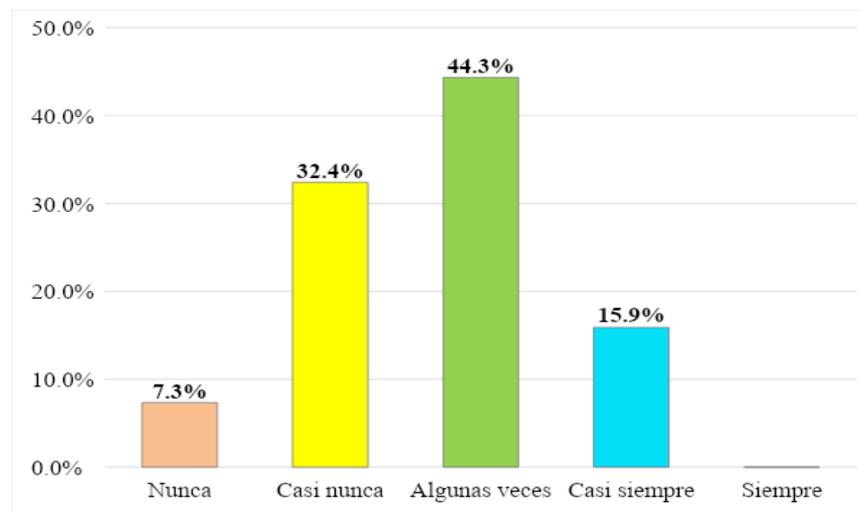
INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Gráfico 9. Adaptabilidad Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.



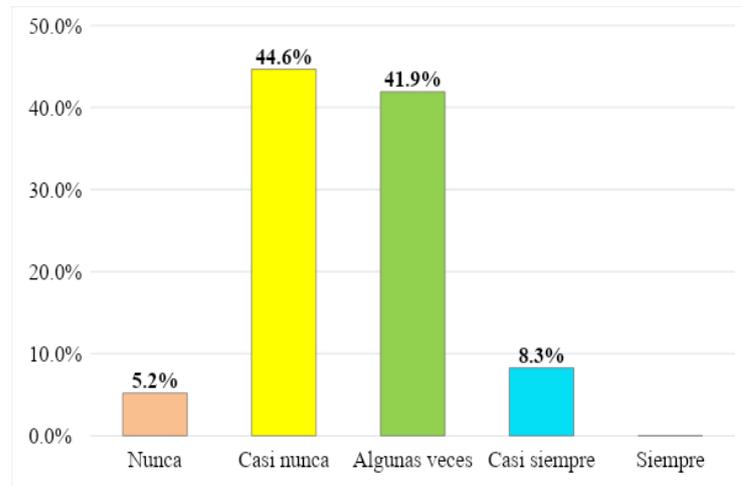
Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

Gráfico 10. Participación Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.



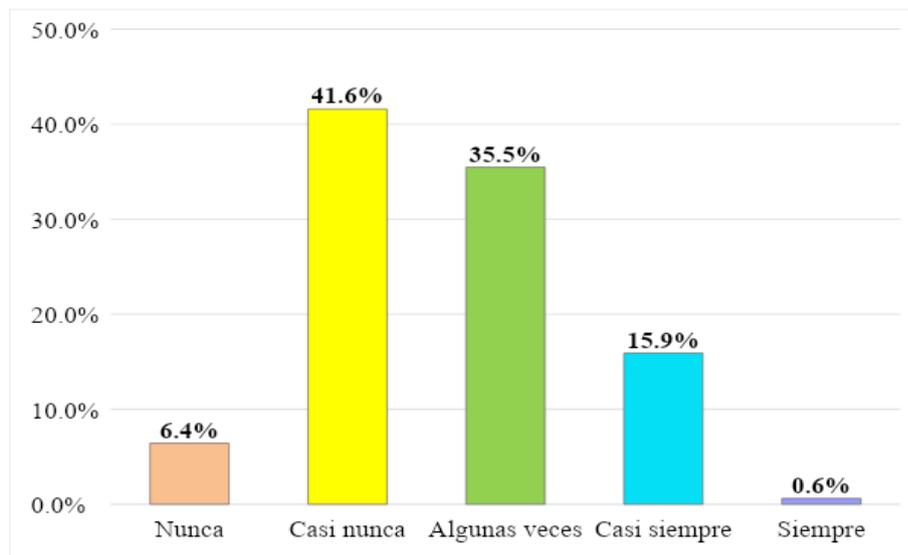
Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

Gráfico 11. Desarrollo o gradiente de crecimiento Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.



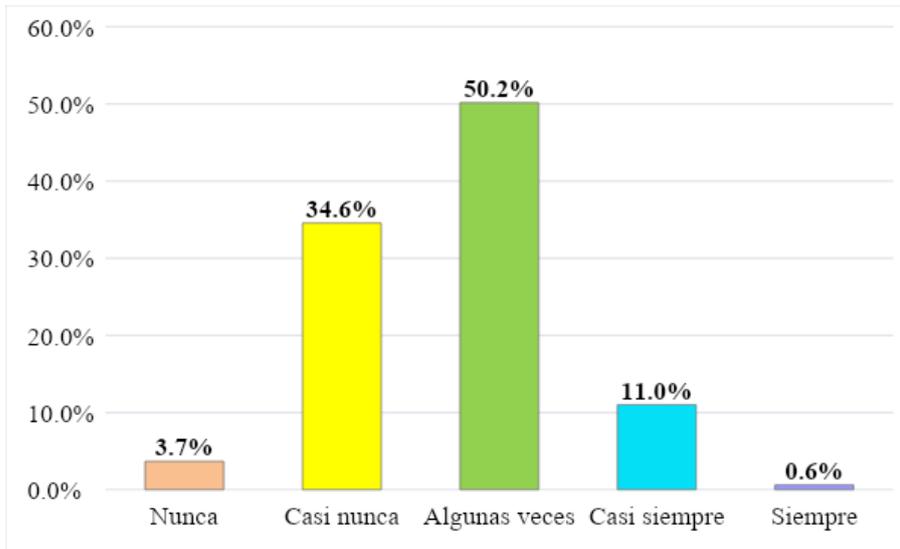
Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

Gráfico 12. Afectividad Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021.



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

Gráfico 13. Capacidad de resolución Familiar en adultos mayores en tiempos de Covid-19 en la Micro red Capachica - Puno, 2021



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores en la Micro red Capachica – Puno.

ANEXO 10

VALORES CONSIDERADOS EN LA PRUEBA DE SPEARMAN

En la prueba de Spearman se considera el coeficiente de correlación (ρ) que indica la fuerza y dirección de la relación entre variables. Se puede interpretar los coeficientes de correlación de la siguiente manera:

VALOR	INTERPRETACIÓN
-1.00	Correlación inversa o negativa perfecta
-0.99 a -0.90	Correlación inversa o negativa muy fuerte
-0.89 a -0.75	Correlación inversa o negativa considerable
-0.74 a -0.50	Correlación inversa o negativa media
-0.49 a -0.25	Correlación inversa o negativa débil
-0.24 a -0.10	Correlación inversa o negativa muy débil
0.00	No existe correlación
0.10 a 0.21	Correlación directa o positiva muy débil
0.25 a 0.49	Correlación directa o positiva débil
0.50 a 0.74	Correlación directa o positiva media
0.75 a 0.89	Correlación directa o positiva considerable
0.90 a 0.99	Correlación directa o positiva muy fuerte
1.00	Correlación directa o positiva perfecta

Fuente: Metodología de la Investigación (73).



ANEXO 11

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La confiabilidad de los instrumentos fue medida mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, este resulta propicio por presentar ítems de escala ordinal. Para la interpretación de tal coeficiente se empleó la siguiente tabla:

Interpretación para el coeficiente Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Interpretación
$\alpha < 0,5$	Es inaceptable
$0,5 \leq \alpha < 0,6$	Es pobre
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Es cuestionable
$0,7 \leq \alpha < 0,8$	Es aceptable
$0,8 \leq \alpha < 0,9$	Es bueno
$0,9 \leq \alpha \leq 1$	Es excelente

Fuente: George y Mallery (2003).

ANEXO 12

EVIDENCIAS DE LA RECOLECCION DE DATOS

FOTO 1: Investigadoras en el P.S. Ccotos.



FOTO 2: Encuesta a un adulto mayor en Capachica.



FOTO 3: Encuesta a un adulto mayor en Yapura.



FOTO 4: Encuesta a un adulto mayor en Ccotos.



FOTO 5: Encuesta a un adulto mayor en Isañura.



FOTO 6: Encuesta a un adulto mayor en LLachon.



FOTO 7: Encuesta a un adulto mayor en Escallani.



FOTO 8: Encuesta a un adulto mayor en Capachica.





ANEXO 13

CARTA DE PRESENTACIÓN



Universidad Nacional del Altiplano de Puno
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Ciudad Universitaria Telefax (051)363862 – Casilla 291
Correo institucional: fe@unap.edu.pe



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Puno C.U., 08 de febrero de 2022

OFICIO N° 085-2022-D-FE-UNA-PUNO
Señor
Dr. JOSELIX YURI CANO ZIRENA
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD DE PUNO
Ciudad.-

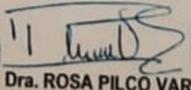
ASUNTO: PRESENTA Y SOLICITA BRINDAR FACILIDADES A EGRESADAS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Es muy grato dirigirme a usted, para expresarle un afectuoso saludo, al mismo tiempo presento a las Srtas. JHUDITH JHULISZA APAZA SOTO y JUDITH MELANY GALINDO GODOY, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, con el fin de solicitar a su representada se sirva autorizar y brindar las facilidades del caso a las egresadas citadas, para la ejecución del Proyecto de Investigación de Tesis dirigido a la población de Capachica, bajo la dirección de la Docente: Dra. Nancy Silvia Alvarez Urbina.

RESPONSABLES	TITULO DEL PROYECTO DE TESIS
JHUDITH JHULISZA APAZA SOTO	"Nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos del COVID-19 en la MICRO RED CAPACHICA – PUNO, 2021".
JUDITH MELANY GALINDO GODOY melanygalindo277@gmail.com	

Agradeciendo su amable atención, renuevo a usted mi mayor consideración personal.

Atentamente,

Dra. ROSA PILCO VARGAS
Decana de la Facultad de Enfermería
UNA – Puno

C.c. Archivo.
RPV/crlc.



ANEXO 15

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

MATRIZ DE DATOS	DATOS GENERALES				DEPRESIÓN											FUNCIONAMIENTO FAMILIAR					Depresión	Funcionamiento familiar	Depresión	Funcionamiento familiar						
	SEXO	EDAD	V FAMILIAR	INUPACI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1					2	3	4	5		
Encuestado1	2	74	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	2	1	1	2	2	10	8	3	1
Encuestado2	2	86	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	2	1	1	1	11	6	3	1
Encuestado3	1	84	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	11	7	3	1	
Encuestado4	2	77	3	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12	4	4	1	
Encuestado5	1	85	3	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	2	1	1	1	1	2	10	7	3	1	
Encuestado6	1	75	2	2	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	13	7	4	1	
Encuestado7	1	71	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	2	11	6	3	1	
Encuestado8	2	76	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	13	6	4	1	
Encuestado9	2	73	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	11	7	3	1	
Encuestado10	2	74	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	13	7	4	1	
Encuestado11	1	74	3	2	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	12	6	4	1	
Encuestado12	2	83	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	12	7	4	1	
Encuestado13	1	79	1	3	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	2	2	10	7	3	1	
Encuestado14	2	88	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	12	3	4	1	
Encuestado15	2	83	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	1	2	12	7	4	1	
Encuestado16	2	79	2	2	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	5	4	1	
Encuestado17	1	82	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	12	7	4	1	
Encuestado18	1	91	3	3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	12	6	4	1	
Encuestado19	1	80	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	1	2	12	7	4	1	
Encuestado20	2	92	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	13	7	4	1	
Encuestado21	1	80	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	2	1	12	5	4	1	
Encuestado22	2	81	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	13	7	4	1	
Encuestado23	1	80	1	2	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	1	2	13	7	4	1	
Encuestado24	1	91	2	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	13	7	4	1	
Encuestado25	2	83	3	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	2	1	11	7	3	1	
Encuestado26	2	80	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	2	1	1	1	1	13	7	4	1	
Encuestado27	2	73	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	2	1	1	2	12	7	4	1	
Encuestado28	1	78	3	2	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	2	1	1	2	11	7	3	1	
Encuestado29	1	97	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	0	1	1	10	5	3	1	
Encuestado30	1	90	3	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	2	1	11	7	3	1	
Encuestado31	1	88	3	1	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	2	1	2	1	1	11	7	3	1	
Encuestado32	1	80	3	2	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	11	6	4	1	
Encuestado33	2	76	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	2	1	1	2	10	7	3	1	
Encuestado34	2	73	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	14	7	4	1	
Encuestado35	2	71	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	2	1	2	8	8	2	1		
Encuestado36	2	56	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	14	6	4	1	
Encuestado37	2	85	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	2	1	1	2	9	7	3	1		
Encuestado38	2	85	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	2	1	1	2	11	6	3	1		
Encuestado39	2	76	3	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	2	1	1	2	12	7	4	1	
Encuestado40	2	76	3	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	11	6	3	1	
Encuestado41	1	83	3	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	2	1	12	7	4	1	
Encuestado42	2	84	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	2	1	2	12	7	4	1	
Encuestado43	2	69	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	2	1	12	7	4	1	
Encuestado44	1	76	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	12	6	4	1	
Encuestado45	1	88	3	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	1	2	12	7	4	1	
Encuestado46	2	84	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	2	1	12	7	4	1	
Encuestado47	2	92	3	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	2	1	12	4	4	1	
Encuestado48	2	86	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	1	1	12	6	4	1	
Encuestado49	1	85	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	1	2	12	7	4	1	
Encuestado50	1	80	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	2	1	12	4	4	1	
Encuestado51	1	78	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	1	2	12	7	4	1	
Encuestado52	2	78	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	2	1	1	12	7	4	1	
Encuestado53	1	79	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2	12	7	4	1	
Encuestado54	2	79	3	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	1	1	12	6	4	1	
Encuestado55	2	81	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	2	0	1	12	5	4	1	
Encuestado56	2	69	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	2	1	1	13	7	4	1	
Encuestado57	2	81	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	2	1	12	5	4	1	
Encuestado58	2	85	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	1	2	12	7	4	1	
Encuestado59	1	78	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	1	2	13	7	4	1	
Encuestado60	1	85	3	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	2	1	1	12	7	4	1	
Encuestado61	2	78	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	2	11	7	3	1	
Encuestado62	2	64	2	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	10	7	3	1	
Encuestado63	2	79	3	2	1	0																								

