



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE
DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL DISTRITAL SANTA
ISABEL, EL PORVENIR-LA LIBERTAD 2016

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

BARBOZA GONZÁLEZ, BRENDA XIOMARA

ASESORA:

MG. HELEN RIVERA TEJADA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

TRUJILLO - PERÚ

2016

TESIS: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL, EL PORVENIR-LA LIBERTAD 2016

AUTORA: Brenda Xiomara Barboza González

JURADO CALIFICADOR

Presidente:

.....

Dra. Margarita Alcalde Giove

Secretaria:

.....

Mg. Balbina Paredes Ayala

Vocal:

.....

Mg. Helen Rivera Tejada

FECHA: Trujillo 20 de Julio del 2016

DEDICATORIA

A mi padre que es mi guía desde el cielo, a mi madre que supo darme consejos y fortaleza para poder seguir adelante y lograr mis metas.

A mis hermanos, gracias por haber fortalecido mi deseo de superación.

No me alcanzarían las palabras para agradecerles por todo el apoyo brindado, por la comprensión y sus consejos en los momentos más complicados.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haber permitido que logre esta meta y haberme bendecido con salud para lograr mis objetivos.

A mi padre Marco, porque a pesar de su ausencia física, en mi corazón siempre estuvo conmigo a toda hora.

A mi madre Rocio por haber estado conmigo en todo momento, y haberme brindado consejos para poder seguir adelante, pero sobre todo por su amor.

A mi tía Esther, muchas gracias por alentarme a seguir, por escucharme, por confiar en mí y por esos abrazos que transmiten mucho amor.

A mis hermanos Marco y Sebastián, que sería sin ustedes gracias por existir y por ser mi motivación en esta meta trazada.

A mis docentes la Dra. Margarita Alcalde Giove, Mg. Balbina Paredes Ayala y Mg. Helen Rivera Tejada, por el profesionalismo y dedicación en la orientación de la presente investigación.

Al HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL – EL PORVENIR, a su distinguido Director Mg. Luis Guarnis Reyes, y a todo su equipo multidisciplinario quienes me brindaron todas las facilidades para la realización de la presente tesis.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Brenda Xiomara Barboza González con DNI N° 74208842, a fin de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, declaro bajo juramento que toda la documentación, datos e información presentada en la siguiente tesis es veraz y auténtica.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 20 de Julio del 2016

Brenda Xiomara Barboza González

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado cumpliendo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, pongo a vuestra disposición la Tesis titulada “Funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del adulto mayor del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir-La Libertad 2016”, que tiene como objetivo principal Determinar el nivel de funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del adulto mayor del Hospital Santa Isabel, El Porvenir-La Libertad 2016.

El propósito de la presente investigación es promover una mejor funcionalidad familiar y la adecuada adquisición de estrategias que mejoren el estilo de vida de las personas adultas mayores que se encuentran a su cargo.

Esperando cumplir con los requerimientos de aprobación.

La Autora

INDICE

CARATULA	i
Jurado Calificador	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de Autenticidad	v
Presentación	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Realidad Problemática	1
1.2. Trabajos Previos	2
1.3. Teorías relacionadas al tema	5
1.4. Formulación del Problema	11
1.5. Justificación del Estudio	11
1.6. Hipótesis	12
1.7. Objetivos	12
II. METODO	13
2.1. Diseño de Investigación	13
2.2. Variables y operacionalización de Variables	14
2.3. Población, muestra y muestreo	17
2.4. Técnicas e Instrumentos	17
2.5. Métodos de análisis de datos	18
2.6. Aspectos Éticos	18
III. RESULTADOS	19
IV. DISCUSIÓN	23
V. CONCLUSIONES	26
VI. RECOMENDACIONES	27
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	28
VIII. ANEXOS	31

RESUMEN

Para determinar la relación entre Funcionamiento familiar y el nivel de depresión del adulto mayor, se planteó un estudio cuantitativo-correlacional, que se realizó en el Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir. La población estuvo constituida por 50 adultos mayores que asistieron al programa preventivo promocional “Esperanza de vivir”. La recolección de los datos se efectuó a través de dos encuestas, la primera fue el Apgar familiar que consta de 5 preguntas, la cual permitió evaluar el nivel de funcionamiento familiar. La segunda encuesta fue la escala de Yesavage que consta de 15 preguntas, la cual permitió determinar el nivel de depresión en el adulto mayor.

Los resultados fueron los siguientes: El nivel normofuncional tuvo relación con el estado anímico solo en un 32.00%, el nivel disfuncional familiar leve tuvo relación con el nivel de depresión leve solo en un 24 % y el nivel disfuncional familiar grave presentó relación con el nivel de depresión severa solo en un 10%.

Por lo tanto existe relación entre el Nivel de Funcionamiento Familiar y el Nivel de Depresión en el Adulto Mayor del Hospital Distrital Santa Isabel El Porvenir- 2016, según la prueba estadística Chi cuadrado a un nivel de significancia del 5%.

Palabras claves: Funcionamiento familiar, Depresión, Adulto mayor.

ABSTRACT

To determine the relationship between family functioning and the level of depression of the elderly, a quantitative correlational study, which was conducted at the District Hospital Santa Isabel, El Porvenir was raised. The population consisted of 50 seniors who attended the promotional preventive program "Hope to live." The data collection was carried out through two surveys, the first was the Apgar family consisting of 5 questions, which allowed us to evaluate the level of family functioning. The second survey was Yesavage scale consisting of 15 questions, which allowed us to determine the level of depression in the elderly.

The results were as follows: The normofuncional level was related to mood alone in a 32.00 % , mild family dysfunctional level was related to the level of mild only depression by 24 % and serious family dysfunctional level presented regarding the level severe depression only 10%.

Therefore there is a relationship between Family Functioning Level and Level of Depression in the Elderly of the District Hospital Santa Isabel The future- 2016, according to Chi square statistical test at a significance level of 5%.

Keywords: Family Function, Depression, Senior Adult

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática:

Según la OPS (2013); el 15% de adultos mayores a nivel mundial padece de algún trastorno mental y en el mayor de los casos es depresión o demencia. Se estipula que en varios hospitales psiquiátricos de las Américas, más del 50% de adultos mayores se encuentran allí por falta de alternativas de tratamiento en la comunidad.¹

En Colombia (2013); la depresión perjudica entre el 15 y 35 % de adultos mayores que se encuentran viviendo en centros de atención geriátricos. Estos trastornos mentales están formando gran parte de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en los adultos mayores, siendo la depresión la más común de ellas.²

En el Perú, según INSM, la investigación realizada en el epidemiológico metropolitano de salud mental Lima y Callao en el año 2002, una de cada 5 personas ha sufrido algún trastorno psiquiátrico y la incidencia de depresión en los adultos mayores fue de 9,8%, mayor a los jóvenes el cual fue de 8,6% y adulta 6,6%. También se pudo encontrar que existe depresión en mujeres adultas mayores siendo el 12,3%, cifra superior al de los adultos mayores varones que dieron por resultado 7,0%. Por ello la incidencia de depresión en adultos mayores de 75 años es elevada.³

En la Libertad (2013); se estima que el porcentaje de depresión en el adulto mayor a nivel regional va del 7 al 36% en la valoración de consultas externas y se incrementa al 40% en los egresos de los pacientes hospitalizados. Los trastornos depresivos afectan al 45% de los adultos mayores que viven solos o en familias disfuncionales, entre el 10% y el 20% de los hospitalizados, del 15 y el 35% de los que viven en asilos y el 45% de los que tienen distintas enfermedades.⁴

El presente estudio se desarrollará en el Hospital Distrital Santa Isabel de El Porvenir, el cual es un hospital de mediana complejidad II-1 que tiene como prioridad mejorar la calidad y seguridad de la población. A este establecimiento de salud los adultos mayores acuden especialmente por enfermedades crónicas no transmisibles tales como: hipertensión, diabetes, pie diabético, entre otras; siendo los integrantes del programa preventivo promocional Asociación del Adulto mayor “Esperanza de vivir” los que acuden con más frecuencia y están pendientes de sus citas programadas. El desarrollo de dicha investigación, está dado por 50 adultos mayores que asisten a la Asociación del Adulto Mayor de dicho nosocomio. El propósito de esta investigación es realizar un estudio sobre el funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del adulto mayor para así poder brindar alternativas de solución y mejorar el cuidado humanizado en el usuario.

1.2. Trabajos previos:

Zavala M. y Domínguez G. (2010). Realizaron una investigación sobre: Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos; cuyo objetivo fue: Determinar la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adultos mayores urbanos de Cárdenas, Tabasco, México. El diseño que se utilizó fue transversal, la muestra 100 adultos mayores; se trabajó con usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sin deterioro cognitivo, nivel socioeconómico medio, residencia habitual en zonas urbanas, que acudieron a unidades del IMSS durante enero-junio de 2008, siendo muestra no probabilística por conveniencia. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Apgar familiar y escala de Yesavage, dando por resultados 100 adultos mayores (60 mujeres y 40 varones); intervalo: 60-91 años. Funcionalidad familiar: 51% funcional; 35% disfunción moderada, 14% disfunción grave. Frecuencia de depresión: 47% sin depresión; 34% depresión leve; 19% moderada-grave. Dando por concluido que el porcentaje de

depresión y disfunción familiar fue elevado, constituyendo así una oportunidad de intervención.⁵

Karam M. y Guadarrama J. (2014). Realizaron una investigación sobre: Condiciones familiares de los adultos mayores con diagnóstico de depresión en la unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); su propósito fue: Determinar las condiciones familiares asociadas a la depresión en los adultos mayores que consultan los servicios de salud de dicho nosocomio. La investigación transversal se llevó a cabo en una muestra de 100 pacientes mayores de 60 años. Los resultados señalaron: 55 pacientes presentaron depresión según la escala de Yesavage, de los cuales 82% fueron mujeres y el 18% hombres. Del total de 55 pacientes deprimidos según el tipo de familia en la que viven, observándose que el tipo de familia con más casos de depresión es la familia extensa, con un total de 24 pacientes, de los cuales 79% son mujeres y 21% son hombres. Luego encontramos a la familia nuclear con un total de 15 casos de depresión, en donde un 80% corresponde a mujeres, mientras que el 20% restante a hombres. El nivel de funcionalidad familiar se evaluó con el Apgar familiar, en donde se logró observar que del total de los 55 adultos mayores con depresión 36 de ellos se encuentran en la categoría de familia moderadamente funcional, donde 83% son mujeres y un 17% son hombres, seguidos de la categoría de grave disfunción con 12 casos en los cuales 67% son mujeres y 33% hombre. Por último la categoría en donde menos casos se localizaron es la de familia muy funcional con 7 casos de los cuales el 100% pertenece a mujeres. Concluyendo que la mayoría de los adultos mayores con depresión presentan las siguientes condiciones predisponentes: familia de tipo extensa y familia moderadamente funcional.⁶

Manosalva K. (2015). Realizó una investigación sobre: Funcionamiento familiar y el nivel de depresión del adulto mayor del Hospital Cayetano Heredia; su objetivo fue: Valorar la relación que podría existir entre el funcionamiento familiar y el nivel de depresión de la población adulta mayor, dicho estudio fue cuantitativo, descriptivo-correlacional, se realizó durante el mes de enero del 2015, en el Programa de Atención Integral de Salud del Hospital Cayetano Heredia, estuvo constituido por el universo muestral que fueron 100 adultos mayores, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: Apgar familiar y la Escala de depresión geriátrica de Yesavage; los resultados indicaron que el 78% de adultos mayores manifiestan un funcionamiento familiar regular, el 20% buena y el 2% mala. Por otro lado el 78% de adultos mayores no tienen depresión, el 20% depresión leve y el 2% depresión moderada. De allí que el 64% que tienen un funcionamiento familiar regular presenta nivel leve de depresión, para ello se aplicó la prueba de independencia de criterios (Chi-Cuadrado) el cual evidencia que existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y nivel de depresión del adulto mayor del programa de atención integral de salud del Hospital Cayetano Heredia_Lima 0,05 ($p = 0.039$).⁷

Saavedra G. (2013). Realizó una investigación sobre: Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar del Hospital de la Solidaridad - Lima; su propósito fue: Determinar la asociación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar. El estudio fue exploratorio, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se incluyeron 120 pacientes ≥ 60 años de edad, que acudieron a consulta durante el año 2013. Se aplicó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Test Apgar familiar. Los resultados señalaron: Que el 41% de adultos mayores presentaban algún grado de depresión y el 50% percibía a su familia como disfuncional, mostrando una asociación

significativa ($p=0.04$). Concluyendo que la funcionalidad familiar está relacionada con el grado de depresión.⁸

Torres I. (2013). Realizó una investigación sobre: Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores; el objetivo fue: Determinar la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en los adultos mayores que asisten a consulta externa del Hospital I de Moche-ESSALUD. El diseño fue descriptivo, transversal, correlacional, se realizó con una muestra de 150 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para ello se tuvo que utilizar la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems y el test de Apgar para evaluar funcionalidad familiar. Los resultados señalaron que el 31% presentaba algún grado de depresión y el 50% percibía a su familia como disfuncional. El análisis estadístico de Chi cuadrado, mostró una asociación significativa ($p<0.05$) y un nivel de asociación del 43%. Concluyendo que hay relación entre la depresión y la funcionalidad familiar y entre ellas el nivel de asociación es moderada.⁹

1.3. Teorías relacionadas al tema

La presente investigación estuvo sustentada en el enfoque de la Teoría General de sistemas. Ésta teoría surge con el objetivo de dar a conocer los conocimientos de muchas realidades, tanto naturales como ecológicas, medioambientales, sociales, pedagógicas, psicológicas o tecnológicas, convirtiéndose así en el modelo de predominio sobre estudios que se realizaron con familias; combinando elementos de otras teorías psicológicas, como el constructivismo, el psicoanálisis, el modelo cognitivo comportamental, la teoría de aprendizaje social o la psicología del desarrollo, dejando por manifiesto la flexibilidad y la capacidad integradora del modelo, logrando que no solo la población de estudio del modelo sistémico quede reducida al estudio de pacientes y familias con problemas graves, sino que también ayude a explicar el comportamiento y la sucesiva evolución de familias

normativas. Considerando así a la familia un sistema, al cual se le puede aplicar principios propios de los Sistemas Generales, y a la vez otras características relevantes, que facilitan su comprensión y que son específicas de los sistemas familiares. Hoy en día el enfoque sistémico ha permitido una nueva definición sobre el paradigma de la ciencia. Por todo lo antes expuesto el objetivo de nuestra investigación da sustento a los principales aportes realizados con dicho enfoque en las investigaciones de Psicología familiar, poniendo en primer plano la relevancia que el modelo brinda al proceso de desarrollo familiar, a su evolución y a las intervenciones familiares.¹⁰

Una de las variables de la presente investigación es el funcionamiento familiar. Según (García M. & Rivera S.) se define por varios cambios que promueven y facilitan la adaptabilidad de la familia frente alguna dificultad. La familia no es un conjunto pasivo sino al contrario es todo un sistema activo; así que cualquier tipo de tensión, ya sea originada por cambios que ocurren dentro del entorno familiar como la independencia de un hijo, la muerte de un familiar, etc.; o que proceden de fuera como la pérdida del trabajo, mudanzas, etc., todo esto repercute tanto en el sistema como en el funcionamiento familiar. Todos estos cambios requieren un proceso de adaptabilidad, que consiste en constantes cambios e interacciones y reglas familiares capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y, por otro, permitir el crecimiento del grupo familiar. Este doble procesamiento ocurrirá mediante el equilibrio dinámico que se dé entre dos funciones contradictorias y la medición de la capacidad de transformación. En este proceso interactúan circuitos retroactivos mediante un complejo de mecanismo de retroalimentación, incluyendo el mantenimiento de la homeostasis (retroalimentación negativa) o bien hacia el cambio (retroalimentación positiva). Todo esto es necesario para poder hacer válido dicho proceso y ver el desarrollo dentro de una situación de crecimiento, envejecimiento y condiciones ambientales cambiantes, mientras que la estabilidad ayuda a conseguir un espacio

familiar interno bien definido con reglas planteadas que brindan a cada integrante familiar un punto de orientación afectivo y cognitivo.¹¹

Las dimensiones que se tendrán en cuenta en esta investigación serán las siguientes:

- ✓ **Adaptabilidad:** habilidad para utilizar recursos intra y extra familiares y así poder resolver problemas o situaciones de crisis.
- ✓ **Participación:** habilidad para compartir problemas y poder entrelazar comunicación en busca de alternativas de solución. Participación activa en toma de decisiones y en las responsabilidades del grupo familiar.
- ✓ **Desarrollo o gradiente de crecimiento:** habilidad de asesorar en todas las etapas del ciclo familiar, permitiendo así la individualidad y separación de los miembros de la familia.
- ✓ **Afectividad:** habilidad para experimentar sentimientos como el cariño, la preocupación, y otros, por cada uno de los miembros de la familia y mostrar distintas emociones como pena, amor o rabia.
- ✓ **Capacidad de resolución:** habilidad de compromiso, tiempo y entrega con los miembros de la familia, cubriendo sus necesidades físicas y emocionales.¹²

Esta investigación también estuvo sustentada en enfoques teóricos y explicativos de la depresión tales como el modelo psicodinámico, cognitivo y de procesamiento de la información.

- **Modelo psicodinámico:** Al elaborar este modelo, Karl Abraham se vio influido por la teoría freudiana del desarrollo psicosexual y por la experiencia propia donde pudo percibir una fuerte relación entre la depresión y trastornos obsesivos basadas según este autor en la profunda ambivalencia amor y odio. En este modelo frecuentemente a la depresión se le asociaba al sufrimiento de un desengaño amoroso, y muchas personas depresivas optaban por la descontrolada ingesta alimentos para superar o evitar la depresión.

Es por ello que Abraham conceptualizó la depresión como una exacerbación heredada del erotismo oral, que conducía a una

intensificación de las necesidades, y por tanto, de las frustraciones asociadas con los actos de beber, comer, y besar. Cuando la persona depresiva experimenta tempranas y repetidas frustraciones relacionadas con el amor en la fase preedípica (antes de la resolución de sus deseos edípicos hacia la madre y de su rivalidad con el padre), se produce una asociación permanente de los sentimientos libidinales con los deseos destructivos hostiles. Cuando en su vida posterior se repiten tales frustraciones o desengaños, la persona depresiva vuelve su cólera hacia el objetivo de amor y, puesto que hay una especial fijación en el nivel oral, el depresivo busca destruir el objetivo incorporándose, introyectándolo, con lo que la cólera se dirige en última instancia hacia el YO.

Freud unió la hipótesis de Abraham a sus propias conceptualizaciones sobre el fenómeno depresivo para construir lo que sería el núcleo del modelo psicodinámico de la depresión. En conjunto, la posición psicoanalítica más consensuada afirma que las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono (sea real o imaginario). Esta circunstancia ha hecho que su autoestima, su autovaloración, dependa excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo que se ven incapaces de superar las frustraciones cuando por cualquier circunstancia son rechazados, criticados, o abandonados.

- Modelo cognitivo: De manera general, los modelos cognitivos de la depresión comparten el mismo supuesto básico: ciertos procesos cognitivos juegan un papel importante en el inicio, el curso y/o remisión de la depresión. Se pueden delimitar clases de modelos que responden, principalmente, a los antecedentes conceptuales de los cuales derivan, pero que reflejan también diferentes supuestos cognitivos, una de ellas es:
 - El Modelo del procesamiento de Información: Bajo esta etiqueta se incluyen aquellos modelos que tienen una base

sobre el procesamiento de información y que utilizan constructos teóricos derivados de la psicología experimental cognitiva como elementos centrales en su conceptualización de la depresión. El modelo más conocido de esta categoría es el propuesto de Beck quien propone que las alteraciones emocionales surgen en aquellas personas que poseen una visión negativa y errónea de la realidad. Esta visión errónea se basa fundamentalmente en una serie de premisas o “actitudes disfuncionales” poco realistas que condicionan su percepción de la realidad.

En términos de psicología cognitiva, estas personas poseen esquemas distorsionados de la realidad (ej. auto exigencias extremadas) que, según Beck, permanecen latentes en la memoria hasta que se activan ante sucesos estresantes como un fracaso laboral; sucesos que dan sustento a la base para la formación original de esos esquemas durante los procesos de socialización (ej.: un fracaso académico).

Por tanto, hay acontecimientos difíciles y específicos para diferentes tipos de esquemas, por ejemplo, la relevancia que tienen las situaciones sobre la aceptabilidad social y a la atracción personal como por ejemplo la separación, el rechazo social, entre otras, estos sucesos dan por inicio la forma específica de los esquemas sociotrópicos, mientras que por otro lado estas situaciones restringen el logro de objetivos que serían propios y adecuados para activar los esquemas autónomos. Una vez activados, estos esquemas favorecen la canalización del procesamiento de la información, trabajando con filtros mediante los cuales se logrará percibir, interpretar, sintetizar y se recordará la realidad. El trabajo de dichos esquemas queda reflejado en ciertos errores sistemáticos del manejo sobre el proceso de la información que solo conlleva a lo que se nombra por la tríada cognitiva negativa, es decir, un

contenido negativo en la visión de sí mismo, del mundo y del futuro.¹³

Otra de las variables en estudio es la depresión que según la OMS, tras su publicación de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- 10 (1992), explica que la depresión se distingue por la aparición de ánimo depresivo, falta de interés, incapacidad para disfrutar, fatiga aumentada, falta de confianza y de estima propia, inferioridad, excesivo sentimiento de culpa, mentalidad sobre muerte o suicidio frecuentemente, alteración de la actividad psicomotriz, agitaciones, y alteraciones del sueño. El DSM-IV emplea una lista de 9 síntomas depresivos, notificando a la vez un tiempo de duración del suceso de al menos dos semanas y fraccionando el cuadro depresivo en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada; el diagnóstico se puede fijar con la aparición de al menos cinco de los síntomas, y tiene que ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la falta de interés o de la incapacidad para el placer.¹⁴

El llegar al envejecimiento considera ciertos números de cambios tanto fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales, es decir, un descenso en la función del organismo como un todo; pero no siempre todos los órganos envejecen al mismo tiempo. El desgaste de las capacidades biopsicosociales en el adulto mayor trae consigo un número de cambios tanto en la función que desempeña en la familia, en la sociedad y la posición que mantiene en ella. La falta de tareas en la familia, en el grupo y/o trabajo va conducir al inconformismo social, y a significativas alteraciones en la propia personalidad.¹⁵

La relación que existe entre el funcionamiento familiar y depresión es compleja, ya que intervienen distintos factores biológicos que limitan el reconocimiento y empleo de recursos familiares para encontrar soluciones sobre el problema como la enfermedad en alguno de los miembros de edad avanzada. Estos resultados sugieren poner más atención a la relación que hay entre los miembros familiares al momento de la toma de decisiones sobre el tratamiento de depresión

en los miembros mayores considerando los múltiples factores del funcionamiento familiar como potenciales lazos para la planificación de intervenciones y de estrategias educativas enfocadas en el adulto mayor con depresión.¹⁶

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del adulto mayor del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir-La Libertad 2016?

1.5. Justificación del estudio

La depresión es un fenómeno de primer orden en la práctica médica actual, que la ha llevado a considerarse uno de los mayores problemas de salud pública. Según la Organización Mundial de Salud, la depresión afecta al 3.5% de la población mundial, equivalente 120-200 millones de adultos mayores, la cual provoca conductas sociales inadecuadas y repercusiones familiares.

Se conoce que el núcleo familiar es la fuente social de las personas, en la que se marcan límites y reglas de comportamiento, la enfermera de primer contacto tiene la prioridad de detectar problemas en la familia, que afectan adversamente el curso de la enfermedad y limita la aceptación de buenos hábitos saludables en el adulto mayor.

Actualmente en el país se está experimentando una transición demográfica importante, caracterizada por un aumento en el número de adultos mayores con relación al resto de la población, por lo cual es de vital importancia para la familia detectar entre sus integrantes de mayor edad los signos de depresión, alteraciones en la funcionalidad familiar y en el estilo de vida que repercutan en la morbimortalidad, con la finalidad de contribuir en la búsqueda en la mejora de la calidad de vida en este grupo etario.

El adulto mayor que cursa con depresión, es un individuo que se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre en busca de apoyo a los integrantes de la familia, cuya

respuesta influirá positiva o negativamente en el curso clínico de su enfermedad, junto a su relación con el estilo de vida en la adopción o no de hábitos saludables.

La importancia de realizar este estudio radica en centrar la atención en las condiciones familiares de los adultos mayores, ya que la población peruana experimenta un cambio en la composición estructural, caracterizado por un aumento en este grupo etario en relación al resto de la población; el conocer estas condiciones nos ayudará a tener la posibilidad de modificarlas, evitar depresión en este grupo etario y poder así canalizarlos con los especialistas adecuados, evitando que esta enfermedad se complique más. El aporte científico de la presente investigación es promover una mejor funcionalidad familiar y la adecuada adquisición de estrategias que mejoren el estilo de vida de las personas adultas mayores que se encuentran a su cargo. A nivel práctico, esta investigación va a representar una oportunidad importante para los adultos mayores, ya que se abordará con precisión los problemas que actualmente se presentan en este grupo etario, con la finalidad de brindarles una mejor calidad de vida.

1.6. Hipótesis

- ✓ A mayor funcionamiento familiar menor nivel de depresión en los adultos mayores.

1.7. Objetivos General:

- ✓ Determinar el nivel de funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del adulto mayor del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir-La Libertad 2016.

Objetivos Específicos:

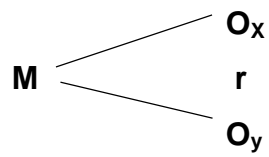
- ✓ Determinar el nivel de funcionamiento familiar del adulto mayor del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir-La Libertad 2016.
- ✓ Determinar el nivel de depresión del adulto mayor del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir-La Libertad 2016.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de investigación

No experimental: descriptivo, Correlacional transversal

Diseño Correlacional:



M: Adultos mayores

O_x: Nivel de funcionamiento familiar

O_y: Nivel de depresión

2.2. Variables y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Funcionamiento familiar	Es un conjunto de vínculos interpersonales que se producen dentro de cada familia y que le otorga identidad propia. (Suarez M., Alcalá M.)¹⁷	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adaptabilidad: habilidad para utilizar recursos intra y extra familiares. ✓ Participación: habilidad para compartir problemas y poder entrelazar comunicación. 	Medido con el Apgar familiar.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normofuncional : 7-10 puntos ✓ Disfuncional leve: 3-6 puntos ✓ Disfuncional grave: 0-2 puntos 	Cualitativa ordinal

		<p>✓ Desarrollo o gradiente de crecimiento: habilidad de asesorar en las todas las etapas del ciclo familiar.</p> <p>✓ Afectividad: habilidad para experimentar sentimientos como el cariño, la preocupación, etc.</p> <p>✓ Capacidad de resolución: habilidad de compromiso, tiempo y entrega con los miembros de la familia.</p>			
--	--	---	--	--	--

<p style="text-align: center;">Depresión</p>	<p>La depresión es un trastorno mental, que se determina por la presencia de tristeza, falta de interés o placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, problemas del sueño, y fatiga (Martínez J., Onís M.)¹⁸</p>		<p>Estado afectivo medido por la Escala de Yesavage.</p>	<p>✓ Normal: 0 a 5 puntos ✓ Depresión leve: 6 a 9 puntos ✓ Depresión severa: ≥ 10 puntos</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>
---	---	--	--	--	----------------------------

2.3. Población, muestra y muestreo

La población estuvo constituida por 50 adultos mayores que asistieron a la Asociación del Adulto Mayor “Esperanza de vivir” del Hospital Distrital Santa Isabel_ El Porvenir entre noviembre del 2015 y enero del 2016.

El estudio se aplicó al universo muestral y los criterios de inclusión fueron los adultos mayores que asistieron a la Asociación del Adulto Mayor “Esperanza de vivir” del Hospital Distrital Santa Isabel_ El Porvenir; y los de exclusión los adultos mayores con problemas cognitivos como pérdida de memoria, problemas de lenguaje, déficit auditivo y visual, etc.; y los que dejaron de asistir a la Asociación del Adulto Mayor “Esperanza de vivir” del Hospital Distrital Santa Isabel_ El Porvenir por complicaciones a causa de enfermedades crónicas no transmisibles.

La unidad de análisis estuvo conformada por cada uno de los adultos mayores que asistió al programa preventivo promocional de dicho nosocomio durante el estudio y que cumplió con los criterios de inclusión.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

- ✓ La Técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario de Apgar familiar: El cual determinó la satisfacción de del paciente con cada uno de los aspectos básicos de la función familiar, constó de 5 preguntas cerradas y cada una de ella valoró un puntaje de 0 a 2. Esta escala presentó una confiabilidad cerca del 90%, de acuerdo a los diversos procedimientos utilizados.¹⁹
- ✓ La segunda Técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario de Yesavage: El cual valoró la depresión en pacientes de la tercera edad, la ventaja es que no se centra en aspectos físicos, sino en aspectos relacionados con el estado de

ánimo; constó de 15 preguntas afirmativas/negativas en su forma abreviada, cada ítem se valoró como 0/1. Se afirma que presentó una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%).²⁰

2.5. Métodos de análisis de datos:

La información que se obtuvo se ordenó para el respectivo análisis; el ingreso de datos se realizó previo control de calidad del cuestionario y datos. Las variables fueron sometidas a pruebas estadísticas básicas, con tablas de frecuencia, determinación y comparación de porcentajes; y para probar la hipótesis planteada se usó el estadístico Chi- cuadrado y se fijó un nivel de significancia de 0.05; 95 % de confianza y 5 % de error relativo.

2.6. Aspectos éticos:

Se tomó en cuenta las cuestiones éticas, como el consentimiento informado, la veracidad, la justicia, y la autonomía, para ello se le explicó a cada uno de los adultos mayores lo que se iba a realizar, obteniendo a la vez la respectiva autorización; y por último la autora se comprometió a guardar la confiabilidad respectiva para evitar que se propague la información personal obtenida durante dicho estudio.²¹

III. RESULTADOS

Tabla N° 01: Distribución del Nivel de Funcionamiento Familiar en el Adulto Mayor del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir La Libertad – 2016.

Nivel de Funcionamiento Familiar	N°	%
Disfuncional grave	10	20.00
Disfuncional leve	21	42.00
Normofuncional	19	38.00
Total	50	100.00

Fuente: Adultos Mayores del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir.

Tabla N° 02: Distribución del Nivel de Depresión en el Adulto Mayor del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir La Libertad – 2016.

Nivel de Depresión	N°	%
Normal	21	42.00
Depresión leve	20	40.00
Depresión severa	9	18.00
Total	50	100.00

Fuente: Adultos Mayores del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir.

Tabla N° 03: Distribución de Relación entre Nivel de Funcionamiento Familiar y el Nivel de Depresión en el Adulto Mayor del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir La Libertad – 2016.

Nivel de Funcionamiento Familiar	Normal		Depresión Leve		Depresión severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Disfuncional grave	0	0.00	5	10.00	5	10.00	10
Disfuncional leve	5	10.00	12	24.00	4	8.00	21	42.00
Normofuncional	16	32.00	3	6.00	0	0.00	19	38.00
Total	21	42.00	20	40.00	9	18.00	50	100.00

Fuente: Adultos Mayores del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir.

PRUEBA DE INDEPENDENCIA DE CRITERIOS CHI CUADRADO

HIPÓTESIS.-

Hipótesis Nula:

No existe relación entre el Nivel de Funcionamiento Familiar y el Nivel de Depresión en el adulto mayor del Hospital Distrital Santa Isabel El Porvenir La Libertad - 2016.

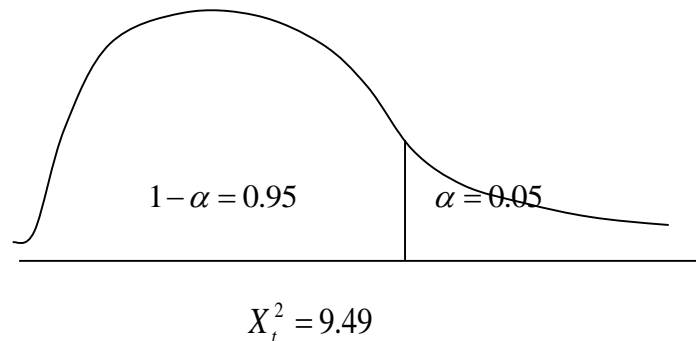
Hipótesis Alternativa:

Existe relación entre el Nivel de Funcionamiento Familiar y el Nivel de Depresión en el adulto mayor del Hospital Distrital Santa Isabel El Porvenir La Libertad - 2016.

NIVEL DE SIGNIFICANCIA: $\alpha = 0.05$

ESTADÍSTICA DE PRUEBA: Chi cuadrado. $X_C^2 = \frac{\sum(o-e)^2}{e} = 27.61$

REGIONES:



CONCLUSIÓN:

La H_0 se rechaza, por lo tanto existe relación entre el Nivel de Funcionamiento Familiar y el Nivel de Depresión en el Adulto Mayor del Hospital Distrital Santa Isabel El Porvenir- 2016, según la prueba estadística Chi cuadrado a un nivel de significancia del 5%.

IV. DISCUSIÓN

Al analizar los resultados sobre funcionamiento familiar (tabla 01) se encontró que de las personas que asistieron a la Asociación del Adulto Mayor “Esperanza de vivir” del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir La Libertad – 2016, el 42.00% de adultos mayores mantienen un nivel Disfuncional Leve, el 38.00% un nivel Normofuncional y el 20.00% un nivel Disfuncional Grave; lo cual señaló que existe un nivel de disfuncionalidad familiar superior a un nivel normofuncional. Este dato es consecuente con el estudio realizado por Barrio et al (2015), el cual percibió disfuncionalidad familiar moderada en el adulto mayor en un 13,7%; lo cual es un hallazgo de gran importancia para el profesional de enfermería porque permite establecer programas que mejoren la funcionalidad familiar.²² En ello guarda coherencia con lo planteado por García M. & Rivera respecto a que existen varios cambios que promueven y facilitan la adaptabilidad frente alguna dificultad; afirmando que la familia no es un conjunto pasivo sino al contrario es todo un sistema activo; así que cualquier tipo de tensión que sea originada por cambios que ocurren dentro del entorno familiar repercutirá en el funcionamiento familiar.¹¹

En la tabla 2 se mostró los resultados sobre la depresión en los adultos mayores, observando que de las personas que asistieron a la Asociación del Adulto Mayor “Esperanza de vivir” del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir La Libertad – 2016, el 42.00% de adultos mayores se encuentran en el nivel normal, el 40.00% en un nivel de Depresión Leve y el 18.00% en un nivel Depresión Severa. Resultados que se corroboraron con el trabajo de investigación de Licas (2015) quien evidenció que el 58% de adultos mayores tienen un nivel de depresión leve, seguido de un 23 % con depresión normal y finalmente el 19% un nivel de depresión severo.²³ Esto guarda relación con el desgaste de las capacidades biopsicosociales en el adulto mayor que trae consigo un número de cambios tanto en la función que desempeña en la familia, en la sociedad y la posición que mantiene en ella. La falta de tareas

en la familia, en el grupo y/o trabajo va conducir al inconformismo social, y a significativas alteraciones en la propia personalidad.¹⁵

Por otro lado en la tabla 3 se mostró los resultados sobre la relación que existe entre el nivel de funcionamiento familiar y el nivel de depresión de las personas que asistieron a la Asociación del Adulto Mayor “Esperanza de vivir” del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir La Libertad – 2016, mostrando que el nivel normofuncional tuvo relación con el estado anímico solo en un 32.00%, el nivel disfuncional familiar leve tuvo relación con el nivel de depresión leve solo en un 24 % y el nivel disfuncional familiar grave presentó relación con el nivel de depresión severa solo en un 10%.

Por lo tanto en nuestro estudio se 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%. Estos datos son consecuentes con diversas investigaciones realizadas; Zavala y Domínguez (2010) señalaron que de los adultos mayores el 51% mostraba un nivel funcional; 35% disfunción moderada, 14% disfunción grave; y la frecuencia de depresión indicó que 47% carecía de ella; el 34% depresión leve; y el 19% moderada-grave, concluyendo así en que el porcentaje de depresión y disfunción familiar fue elevado, constituyendo así una oportunidad de intervención⁵; Manosalva (2015) indicó que el 78% de adultos mayores manifiestan un funcionamiento familiar regular, el 20% buena y el 2% mala. Por otro lado el 78% de adultos mayores no tienen depresión, el 20% depresión leve y el 2% depresión moderada, mostrando mediante la prueba de independencia de criterios Chi-Cuadrado que existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y nivel de depresión $p > 0,05$.⁷; Saavedra (2013) indicó que el 41% de adultos mayores presentaban algún grado de depresión y el 50% percibía a su familia como disfuncional, mostrando una asociación significativa ($p = 0.04$)⁸; y Torres (2013) señaló que el 31% de adultos mayores presentaba algún grado de depresión y el 50% percibía a su

familia como disfuncional, mostrando a través de la prueba estadística Chi cuadrado, una asociación significativa ($p < 0.05$) y un nivel de asociación del 43%. Es decir que existe relación entre la depresión y la funcionalidad familiar y entre ellas el nivel de asociación es moderada.⁹

La relación que existe entre el funcionamiento familiar y depresión es compleja, ya que intervienen distintos factores biológicos que limitan el reconocimiento y empleo de recursos familiares para encontrar soluciones sobre el problema como la enfermedad en alguno de los miembros de edad avanzada. Estos resultados sugieren poner más atención a la relación que hay entre los miembros familiares al momento de la toma de decisiones sobre el tratamiento de depresión en los miembros mayores considerando los múltiples factores del funcionamiento familiar como potenciales lazos para la planificación de intervenciones y de estrategias educativas enfocadas en el adulto mayor con depresión.¹⁶

V. CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- ❖ Se determinó que el 42.00% de adultos mayores mantienen un nivel disfuncional leve, el 38.00% un nivel normofuncional y el 20.00% un nivel disfuncional grave.
- ❖ Se determinó que el 42.00% de adultos mayores se encuentran en un nivel normal, el 40.00% en un nivel de depresión leve y el 18.00% en un nivel depresión severa.
- ❖ Se determinó que el nivel normofuncional tuvo relación con el estado anímico solo en un 32.00%, el nivel disfuncional familiar leve tuvo relación con el nivel de depresión leve solo en un 24 % y el nivel disfuncional familiar grave presentó relación con el nivel de depresión severa solo en un 10%.
- ❖ Por lo tanto existe relación entre el Nivel de Funcionamiento Familiar y el Nivel de Depresión en el adulto mayor del Hospital Distrital Santa Isabel El Porvenir La Libertad - 2016, según la prueba estadística Chi cuadrado a un nivel de significancia del 5%.

VI. RECOMENDACIONES

- ❖ Elaborar investigaciones epidemiológicas más amplias para valorar y determinar el porcentaje de depresión en nuestro ambiente, utilizando diferentes escalas.
- ❖ Realizar investigaciones donde podamos estudiar a grupos más extensos de adultos mayores en las comunidades y a los que asisten a programas preventivos promocionales del MINSA.
- ❖ Elaborar programas educativos dirigidos específicamente a la familia; ya que así se podrá dar a conocer que tanto puede influenciar su apoyo en el estado del adulto mayor.
- ❖ Concientiza al personal de salud y a la población en general sobre la situación actual de los adultos mayores en nuestro país.
- ❖ Organizar personal multidisciplinarios en centros de salud, y hospitales que englobe médico, enfermera, nutricionista y psicólogo para una evaluación integral de adulto mayor.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rodríguez J. La depresión es el trastorno mental que más afecta a los adultos mayores. Rev. CNN México. 2013 – Octubre. Disponible en: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/10/10/la-depresion-es-el-trastorno-mental-que-mas-afecta-a-los-adultos-mayores>
2. Borda M, Anaya M, Pertuz M, et al. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Revista Salud. Colombia. 2013. Enero – Abril. vol.29 no.1. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012055522013000100008&script=sci_arttext
3. Ministerio de salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores 2005. Perú: Ministerio de salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores; 2005.
4. Pérez J. Depresión en el adulto mayor en el primer nivel. 2da. Edición. La Libertad. 2013. p. 8 y 9.
5. Zavala González M.; Domínguez Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. [Tesis]. México. 2010.
6. Karam Calderón M. y Guadarrama González J. Condiciones familiares de los adultos mayores con diagnóstico de depresión en la unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). [Tesis Post grado]. Toluca, Estado de México. 2014.
7. Manosalva Zambrano K. Funcionamiento familiar y nivel de depresión del adulto mayor del Hospital Cayetano Heredia. [Tesis Post grado]. Lima. 2015.
8. Saavedra G. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar del Hospital de la Solidaridad – Lima. [Tesis]. Lima. 2013.

9. Torres Moreno I. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores. [Tesis Post grado]. Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. 2013.
10. Espinal I., González F., El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia. 2da edición. Edit. Latinoamericana. España. 2013.
11. García M, Rivera S. Funcionamiento Familiar: evaluación de los potenciadores y obstructores. Facultad de Psicología. UNAM. México D.F. 2006 RIDEP • N° 22 • Vol. 2 • 91 – 110. Disponible en: <http://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>
12. Aravena A. Componentes del funcionamiento familiar. (Revista en Internet) 2011. Septiembre. Disponible en: http://alejandraravena.bligoo.cl/media/users/32/1639411/files/611850/APGAR_FAMILIAR_DE_SMILKSTEIN.pdf
13. Vásquez C., Sanz F. Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. 1ra edición. Edit. Panamericana. Madrid. 2012.
14. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
15. Santiesteban P. Pérez M. García N., et al. Teorías y cambios del envejecimiento. Rev. Méd. Holguín. España. 2008. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no125/pdf/n125rev3.pdf>
16. Martínez A., Pastrana E., Rodríguez A., et al. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. Rev. méd. Chile. 2009. Diciembre. v.137 n.12. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872009001200015
17. Suarez M., Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz. 2014. v.20 n.1. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S172689582014000100010&script=sci_arttext

18. Martínez J., Onís M., Dueñas R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Rev. Medifam. 2002. Diciembre. Vol. 12 Núm. 10. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>
19. Segovia I. Instrumento de salud familiar. (Revista en internet) 2010 Setiembre. Disponible en: https://trabajosocialudla.files.wordpress.com/2010/06/8-_apgar.pdf
20. Nava M. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Rev. Psicología. Chile. 2012. Disponible en: <https://psicologiaensalud.wordpress.com/2012/11/08/la-escala-de-depresion-geriatrica-de-yesavage>.
21. Mondragón A. Formatos para consentimiento informado. 4° edición. Edit. Parra. Colombia. 2012. Pág. 140 -143.
22. Barrios Y, Acuña I, Martínez N, et al, Percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores. 2° edición. España. 2015. Pág. 30-31.
23. Licas M. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral [Tesis]. Lima. 2015.

VIII. ANEXOS

✓ Instrumentos

APGAR FAMILIAR

Nombres y Apellidos:.....

PREGUNTAS	Siempre (2)	Casi Siempre (1)	Nunca (0)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasa juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			
PUNTAJE TOTAL			

Parentesco:.....Sexo:.....Edad:.....

Clasificación: 7-10 puntos: **NORMOFUNCIONAL**
 3-6 puntos: **DISFUNCIONAL LEVE**
 0-2 puntos: **DISFUNCIONAL GRAVE**

Puntaje Total de la Familia-----

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA

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

Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ de ____ años, identificado con DNI _____ declaro haber sido informado del propósito de la investigación que tiene por finalidad dar a conocer la relación que existe entre el nivel de funcionamiento familiar y en nivel de depresión del adulto mayor del Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir - La Libertad 2016.

La autora se compromete a salvaguardar la información personal brindada por usted.

Los resultados revelaran datos para poder realizar dicha investigación; siempre procurando el bien y respeto de los derechos humanos así como su dignidad.

Por lo cual se firma en señal de aceptación voluntaria.

Firma: _____

DNI: _____

Trujillo,de.....del 2016



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"

Trujillo, 04 de Diciembre de 2015

OFICIO MÚLTIPLE N° 040-2015/DI-UCV

DR. JULIO ALVAREZ RIEGA
DIRECTOR DEL HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL- EL PORVENIR

**ASUNTO: SOLICITA FACILIDADES PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PARA
PROYECTO DE TESIS DE PRE GRADO**

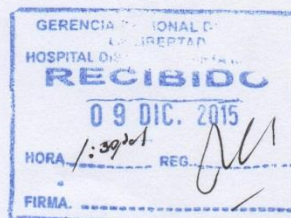
Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente a nombre de Dirección de Investigación y el mío propio, así mismo presentar al alumno **BARBOZA GONZÁLEZ BRENDA XIOMARA**, de la Escuela Profesional de Enfermería de nuestra Universidad, quien se encuentra cursando el IX ciclo de estudios y viene desarrollando la experiencia curricular Proyecto de Investigación, y está realizando su trabajo de Investigación (Proyecto de Tesis) de Pregrado titulado: **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL EL PORVENIR- TRUJILLO 2016.**

Motivo por el cual, solicito a su digno Despacho se le brinde, al alumno en mención, las facilidades en su Institución durante la etapa de recolección de datos; toda vez que el desarrollo de la investigación es importante por su contribución al conocimiento en las ciencias de la salud.

Agradeciendo por anticipado su atención que brinde al presente, es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de nuestra especial consideración.

Atentamente,


Santiago Benites Castillo
Dr. SANTIAGO BENITES CASTILLO
Director de Investigación
Universidad César Vallejo



CAMPUS TRUJILLO
Av. Larco 1770.
Tel.: (044) 485 000 Anx : 7000

fb/ucv.peru
@ucv_peru
#saliradelante