



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores víctimas y no
víctimas de maltrato en el distrito de La Esperanza

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología

AUTORAS:

Br. Mónica Michelle Jara Barrena (ORCID: 0000-0002-5718-0917)

Br. Kimberlyn Lilí Saona Carril (ORCID: 0000-0002-8735-0278)

ASESORES:

Mgr. Henry Santa Cruz Espinoza (ORCID: 0000-0002-6475-9724)

Dra. Virginia Rosemary Guerrero Carranza (ORCID: 0000-0002-4560-6378)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

Trujillo - Perú

2020

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme la fortaleza de seguir en el camino.

A mi madre, por ser ese apoyo constante e incondicional, por enseñarme a seguir adelante pese a las dificultades.

A mi Mathias, por ser mi fuente de motivación.

A mis maestros por inculcarme sus conocimientos y valores para ser una profesional de éxito.

A todos los familiares y amigos que me apoyaron cuando más los necesité.

Kimberlyn Saona Carril

A Dios, por darme la fuerza para seguir adelante.

A mi padre, a quien amo con todo mi corazón, gracias por la dedicación, motivación y el amor que tenías hacia mí, desde el cielo sé que te sientes muy orgulloso de tu princesa.

A mi madre, por ser una guerrera y a pesar del dolor levantarse, para sacar adelante a sus hijas.

A mi hermana, por brindarme su apoyo en todo mi proceso de estudios

A mi hija por ser mi motor para nunca rendirme.

A mis docentes por brindarme sus conocimientos para ser una buena profesional.

A toda mi familia, por estar siempre a mi lado.

Monica Jara Barrena

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, en primer lugar, ya que él nos permite seguir cumpliendo cada una de nuestras metas propuestas.

A nuestro estimado docente Henry Santa Cruz Espinoza, quien ha contribuido con su labor y conocimiento de manera constante para poder culminar nuestra tesis.

A cada miembro de nuestras familias por ser parte de este gran reto, así también, por el gran apoyo incondicional brindado en lo emocional y económico.

Las Autoras

PÁGINA DEL JURADO


DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Mónica Michelle Jara Barrena, identificado con el DNI 70764682, en efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología:

Declaro bajo juramento que toda la documentación, datos e información que acompañan la tesis: "Síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores víctimas y no víctimas de maltrato en el distrito de La Esperanza" son veraces y auténticos.

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

Trujillo, Febrero del 2020



Mónica Michelle Jara Barrena

DNI N°: 70764682

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Kimberlyn Lili Saona Carril, identificado con el DNI 75953961, en efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología:

Declaro bajo juramento que toda la documentación, datos e información que acompañan la tesis: “Síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores víctimas y no víctimas de maltrato en el distrito de La Esperanza” son veraces y auténticos.

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

Trujillo, Febrero del 2020



Kimberlyn Lili Saona Carril
DNI N°: 75953961

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento... ..	iii
Página del Jurado... ..	iv
Declaratoria de Autenticidad	v
Índice	vii
RESUMEN... ..	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MÉTODO	9
2.1. Tipo y diseño de investigación	9
2.2. Operacionalización de variables.....	9
2.3. Población, muestra y muestreo.....	10
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	11
2.5. Procedimiento.....	14
2.6. Método de análisis de datos.....	14
2.7. Aspectos éticos	15
III. RESULTADOS	16
IV. DISCUSIÓN	19
V. CONCLUSIONES.....	22
VI. RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS	24
ANEXOS.....	30

RESUMEN

La etapa de la vejez suele ser afectada por diversos cambios psicológicos, los cuales en ocasiones generan la presencia de síntomas psicopatológicos, asimismo, esta parte de la población se encuentra vulnerable a diversas formas de maltrato; la familia juega un papel fundamental en el bienestar psicológico y soporte social de esta población, es por esto que se desarrolló el presente estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre los síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en una muestra de 151 adultos mayores de 65 años en adelante, víctimas y no víctimas de maltrato del Distrito de La Esperanza. Se utilizó el diseño correlacional, comparativo y de corte transversal. Los instrumentos empleados fueron el cuestionario SCL-90 (Derogatis) y APGAR familiar (Smilkstein), se reporta la confiabilidad total aceptable de ambos instrumentos. Como resultado de dicho estudio se obtuvo la existencia de una correlación significativa entre ambas variables; así mismo, se obtuvieron diferencias significativas en los síntomas psicopatológicos y el funcionamiento familiar entre las víctimas y no víctimas de maltrato.

Palabras claves: Funcionamiento familiar, síntomas psicopatológicos y adulto mayor.

ABSTRACT

The stage of old age is usually affected by various psychological changes, cases sometimes affected by the presence of psychopathological symptoms, specifically, this part of the population is vulnerable to various forms of abuse; the family plays a fundamental role in the psychological well-being and social support of this population, this is why the present study was developed that aimed to determine the relationship between psychopathological symptoms and family functioning in a sample of 151 adults over 65 years of age, victims and non-victims of abuse in the District of La Esperanza. The correlational, comparative and cross-sectional design was used. The instruments used were questionnaire SCL-90 (Derogatis) and family APGAR (Smilkstein), the total acceptable reliability of both instruments is reported. As a result of this study, the existence of a significant correlation between both variables was obtained; Likewise, significant differences were obtained in psychopathological symptoms and family functioning between victims and non-victims of abuse.

Keywords: Family Functioning, Psychopathological Symptoms and the Elderly.

I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de nuestra sociedad, así como el rápido avance de los cambios demográficos, nos da como resultado un aumento considerable en número de la población adulta mayor en todo el mundo. La OMS (2018a) calcula, que entre los años 2015 y 2050 esta proporción casi se duplicará, aumentando así del 12 a 22%. Asimismo, se hace mención que dicho incremento será aún mayor en países desarrollados previendo que este número se multiplique por 4 en los siguientes 50 años.

La vejez es considerada como una etapa del ciclo vital, en la que, al pasar el tiempo se producen una serie de cambios estructurales y funcionales a nivel físico, psíquico y social; estos cambios se presentan de diferente manera en cada individuo (García 2012).

Los cambios psicológicos que se presentan en el adulto mayor son diferentes en cada individuo, aquí tienen vital importancia la historia personal y los mecanismos que utilizará ante los cambios que se presenten ya sea físicos, funcionales y socio familiares. En esta etapa suelen presentarse dificultades a nivel intelectual o cognitivo, tales como la disminución de la actividad psicomotriz, bajo procesamiento de información y deterioro de la memoria (Marín, 2003).

Se ha reportado el rápido envejecimiento de nuestra población en los últimos años, y se prevé un incremento hasta el 2050, el aumento poblacional que se estimará es de 900 hasta 2000 millones de personas adultas mayores; se considera que un 20% de los adultos mayores sufren de un trastorno mental. Se estima que un 6,6 % tienen trastornos de demencia y depresión; un 3,8 % de ansiedad y en un menor porcentaje tienen que ver con dificultades por el abuso de sustancias psicotrópicas en un 1% (OMS, 2017).

Durante la etapa de la vejez también son frecuentes la presencia de trastornos mentales o síntomas psicopatológicos, las cuales alcanzan cifras globales entre un 20 y 25%, existe un mayor riesgo de padecerlos para aquellas personas hospitalizadas. Algunos factores asociados a estos síntomas, son la parte biológica y aspectos sociales (Conde y Jarne, 2006). Así mismo, Lyness, Caine, King, Cox y Yoediono (1999), refieren que los trastornos

mentales son comunes en las personas adultas mayores que acuden a centros de salud por atenciones primarias.

El adulto mayor también suele tener crisis de autonomía, pertenencia e identidad, lo que conlleva a experimentar diversos síntomas de pesimismo, tristeza, etc., encontrándose así, propensos a desarrollar alguna patología. Existe un número significativo de ancianos con trastornos mentales, algunos de los trastornos más comunes en esta etapa son los trastornos afectivos y ansiosos, trastornos cognitivos, trastornos por abuso y dependencia de alcohol y trastornos de la personalidad (Romero 2003).

La demencia y la depresión son los problemas que afectan en mayor cantidad a los ancianos; así también, los trastornos de ansiedad afectan a un 3,8% de esta población y los problemas con el abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1% (OMS, 2017); además es necesario saber que cerca de la cuarta parte de las muertes causadas por cualquier tipo de daño auto infligido pertenece a la población adulta mayor.

Además de ser una población afectada por distintos síntomas psicopatológicos ya mencionados, los adultos mayores se encuentran vulnerables a distintas formas de maltrato, como el físico, sexual, psicológico, emocional y económico; así como al abandono, falta de atención y a constantes pérdidas de respeto y dignidad. Según alcances brindados por la OMS (2017), uno de cada 10 adultos mayores son víctimas de maltrato. Así también se realizaron investigaciones a nivel internacional donde se evidencia que el 15.7% de adultos mayores fueron víctimas de maltrato, teniendo en cuenta que el maltrato comprende diversas actitudes de abandono, negligencias, rechazos, humillaciones; lo cual conlleva a lesiones y secuelas psicológicas.

En el siguiente año se realizaron estudios donde se obtuvo algunas cifras sobre el maltrato al adulto mayor, en las cuales se especifica que 1 de cada 6 adultos mayores sufrieron algún tipo de maltrato, considerando que de 24 casos se denuncian solo uno (OMS, 2018b).

Así mismo, se han evidenciado 181 casos de abandono hacia el adulto mayor, esto como se ha mencionado anteriormente, es considerado como un modo de violencia

psicológica. El abandono se manifiesta como la omisión que puede darse de dos tipos; de forma intencional, cuando la familia sabiendo sus necesidades le niega a este y de modo no intencional, cuando no hay una comprensión de sus necesidades básicas (CEM, 2005).

El MIMP (2015), indica que un 72.1% de la población adulta mayor en el Perú ha sido maltratado con insultos, lisuras, humillaciones o burlas, el 32,8% de la población adulta mayor fueron víctimas de una falta de respeto a sus decisiones, el 27% ha sido tratado con indiferencia, y el 17% se le ha amenazado con hacerle daño físico. Además, es importante tener en cuenta que, en su mayoría, los casos de violencia contra los adultos mayores, se dan en el hogar y son perpetrados por una persona con una relación cercana al adulto mayor (Saraiva, Pinheiro, Silva, Athie y Ramos, 2016). En general, dicho maltrato se realiza de manera sutil, y a menudo es difícil distinguirlo entre el estrés interpersonal de todos los días.

La familia juega un papel importante en el soporte social y bienestar psicológico en el adulto mayor, pues es quien acompaña al anciano en su transición de dicha etapa, lo que permite mantener su salud y disminuye el sentimiento de soledad y baja autoestima (Buil y Diez, 1999). Así mismo, Escalona y Ruiz (2016), refieren que la unión familiar y la interacción constante entre los miembros de la familia, reflejan una convivencia y funcionamiento positivo, lo cual, según Cuesta (2009), ayuda a disminuir el riesgo de padecer alguna enfermedad, además de aumentar la sensación y estado de bienestar en cada integrante que conforma la familia.

Existen diversas investigaciones realizadas, que buscan hallar la relación entre diversos síntomas psicopatológicos y el funcionamiento familiar en los adultos mayores, estos se exponen a continuación:

Se realizó un estudio en la ciudad de México, que buscaba hallar una relación entre la depresión y el funcionamiento familiar en adultos mayores. La muestra fue constituida por 220 sujetos. Se encontró una relación entre la familia nuclear y la funcionalidad familiar, aunque no fue posible determinar una asociación entre las variables restantes, queda documentado que la familia nuclear constituye un factor primordial y protector para la funcionalidad familiar. (Saavedra, Rangel, García, Duarte, Bello e Infante, 2016). Por otro lado, en Brasil, se realizó un estudio en adultos mayores donde se halló una relación

significativa entre el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas depresivos (Almeida, et al., 2014). Así mismo, en Perú se realizó un estudio que buscaba hallar la relación entre las mismas variables en adultos mayores del distrito del Porvenir, en el cual participaron 50 adultos mayores, obteniendo una relación existente entre las variables estudiadas (Barboza, 2016), tal como el estudio de Torres (2013), realizado en el distrito del Porvenir, dónde se obtuvo que el 31% de la muestra poseía algún nivel de depresión, así también el 50% percibía una disfuncionalidad familiar y al realizar el análisis estadístico se obtuvo una relación significativa y un grado de asociación del 43%, confirmándose así la hipótesis planteada sobre la relación entre las variables estudiadas.

En cuanto a la ansiedad se desarrolló un estudio para hallar la relación entre esta y la funcionalidad familiar en adultos mayores que padecían alguna enfermedad crónica. La investigación fue descriptiva, transversal y correlacional. La muestra la conformaron 97 pacientes adultos mayores y sus familiares. Se obtuvo que el 92% de los evaluados poseían un nivel moderado de ansiedad, y el 91% de los evaluados pertenece a una familia funcional. No se detectó asociación significativa alguna, entre las variables estudiadas (Zavala, Ríos, García y Rodríguez, 2009).

Así también se realizaron estudios para hallar la relación de la autoestima y el funcionamiento familiar, como lo es el estudio de Viteri, Terranova y Velis (2008) el cual buscaba hallar la correlación existente entre estas variables en 100 adultos mayores de la ciudad de Guayaquil que sufrían maltrato. Se halló una relación significativa entre la autoestima, funcionamiento familiar y las diversas situaciones de maltrato, principalmente en las mujeres adultas mayores, al igual que el estudio realizado por Rodríguez, García y Arrijoja (2009), quienes hallaron una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la autoestima del adulto mayor tanto en su esfera social como afectiva.

En cuanto al bienestar psicológico en los adultos mayores, se realizó un estudio el cual buscaba relacionar la funcionalidad familiar con la autovalencia y el bienestar psicosocial en una muestra de 60 ancianos, donde se obtuvo que existe una correlación entre el funcionamiento familiar y el nivel de autovalencia, bienestar psicológico, relaciones interpersonales y en su entorno en general, por lo tanto los adultos mayores pertenecientes a una buena dinámica familiar, disfrutaban de una mejor calidad de vida (Troncoso y Soto, 2016).

Funcionalidad familiar hace mención a la capacidad de los miembros de la familia para convivir de manera armoniosa, asimismo de mostrar las habilidades que poseen para hacer frente a cualquier problema que se presente a lo largo de su vida, así como sobreponerse ante situaciones difíciles que puedan ocurrir evitando así consecuencias en la estructura integral de sus miembros (Wall, 2017).

Smilkstein (1978) hace referencia que funcionamiento familiar es cuando dentro de la dinámica familiar se promueve un estado de crecimiento físico, emocional y la maduración de todos los miembros, y que los mismos expresen satisfacción de acuerdo a los componentes adaptación, participación, gradiente de crecimiento, afectividad y recursos o capacidad resolutive.

Por lo contrario, familia disfuncional hace referencia al establecimiento de pautas insanas en la relación entre miembros y ello puede generar que la persona presente un deterioro en la salud mental o física (Martija, 2014).

La familia está constituida por un grupo de personas, quienes se unen por vínculos de parentesco de diversas índoles, ya sean matrimonio, consanguíneos o adopciones, etc. Comparten una función importante en la convivencia la cual se da por un periodo indefinido. Este grupo constituye la unidad básica de la sociedad. La familia cumple un rol importante de integración y socialización, ya que es base para el desarrollo de civilizaciones y culturas (Melogno, 2008).

La familia tiene roles importantes dentro de su dinámica que, si se desarrollan con éxito, determinarán la funcionalidad, así como el desarrollo pleno, la buena socialización, la autonomía personal, la responsabilidad y el sentido de vida de las personas que constituyen este círculo. Las metas familiares tienen una dirección hacia la conservación de la humanidad y de la familia misma, mediante el desarrollo en diversos campos, ya sean biológicos, psicológicos y sociales (Reusche, 2011). Además de esto, cabe recalcar que las familias funcionales satisfacen las necesidades de alimentación, techo, salud adecuada y necesidades emocionales. Así como, logra que sus miembros adquieran una sensación de pertenencia y pertinencia, lo cual puede contribuir a al desarrollo de la identidad personal y la autonomía de cada miembro (Barboza, 2016).

García (2017) hace mención que la familia es fundamental en la vida de personas con edad avanzada ya que ellos proporcionan cuidado, seguridad, apoyo social y emocional y esto genera que estén menos propensos a desarrollar trastornos. Así, Almeida, et al. (2014), refiere, que una familia funcional puede representar un apoyo eficaz para los adultos mayores que presenten algún síntoma psicopatológico, como lo es la depresión, ya que genera un ambiente de confort, el cual garantiza el bienestar de cada uno de sus miembros, por lo contrario, una familia disfuncional, no es capaz de brindar la atención que se es necesaria en un anciano, lo cual puede agravar o promover la aparición de síntomas psicopatológicos.

Se considera a la salud mental como el estado de bienestar emocional donde la persona tiene la capacidad de funcionar de manera adecuada dentro de la sociedad en la que se desarrolla, donde sus características y su productividad personal además son complacientes para él (Cobos, 2005).

La organización mundial de la salud (2017) hace mención a diversos factores que son determinantes en la vida de las personas, algunos de estos factores son sociales, biológicos y psíquicos. Gran parte de los adultos mayores no tienen la capacidad de poder vivir solos porque presentan dificultades mentales, dolores crónicos, de movilidad, entre otros; por lo que necesitan asistencia gran parte de sus vidas. Así mismo los adultos mayores están vulnerables a situaciones de muertes de personas allegadas, a enfrentarse a aceptar su discapacidad, su jubilación y enfermedades adquiridas, abandonos, maltratos en todo ámbito psicológico, sexual, económico, etc. Todo lo mencionado anteriormente ocasiona que se generen síntomas psicopatológicos como depresión, ansiedad, ideaciones y fobias.

Algunos factores de riesgos específicos durante la etapa de la vejez son los componentes biológicos que incluyen el deterioro somático y trastornos orgánicos como los accidentes, demencias, accidentes vasculares, enfermedades como el Parkinson; los que son totalmente diferente a los síntomas psicopatológicos de la vejez, ya que en estos se presentan algunos déficits cognitivos, trastornos depresivos y trastornos de conducta; en cuanto a las problemáticas psicosociales se encuentran las pérdidas de sus diferentes áreas, como son: personales, familiares y sociales. Todos estos pueden generar considerablemente un aumento en los porcentajes de problemáticas como trastornos depresivos, soledad, aislamiento, así también la falta de apoyo social, entre otros (Conde, 2015).

En la etapa de la vejez suele presentarse una dependencia, pero ello tiene una connotación diferente, ya que durante la vejez se genera una pérdida de autonomía, y esto no solo implica aspectos físicos, mentales y sociales, si no al tema financiero, por lo que, muchas veces se tienen que quedar solos en casa, salir a buscar algún empleo o aguantar diferentes maltratos de sus familiares solo para evitar ser abandonados, todo ello tiene una relación con los aspectos antes mencionados (Tamez y Ribeiro, 2012).

La organización mundial de la salud (2018b) ha obtenido cifras recientes relacionadas con el maltrato al adulto mayor donde 1 de cada 6 adultos mayores sufrieron algún tipo de abuso. En el 2017 se realizaron investigaciones en varios países donde se encontraron el 15.7% de adultos mayores sufrieron de maltrato, teniendo en cuenta que de 24 casos se denuncian solo uno; los maltratos que ellos reciben conllevan a lesiones y secuelas psicológicas.

Existen algunos factores que facilitan a la presencia de situaciones de maltrato, estas están estrechamente relacionadas con la condición del sujeto y con la pérdida de autoestima, así también, uno de los factores más importantes es la imagen que tiene el adulto mayor en esta etapa. Los estereotipos en nuestra sociedad están muy marcados ya sean de tipo negativos o positivos, y estos ayudan a que se generen conductas discriminatorias a las personas de edad, entre ellos mismos, los mismos con su entorno y del contexto en general (Sirlin, 2008).

La familia tiene un rol importante en garantizar el cuidado al adulto mayor, pues son el único soporte con el que cuentan y la ausencia de ellos, y/o el maltrato que se pueda generar dentro de esta dinámica conlleva a que se presenten problemas psicopatológicos, pues en esta edad, se considera una etapa de vulnerabilidad relacionada a la inadaptabilidad (Cervera, Hernandez, Pereira y Sardinas, 2008).

Por todo lo expuesto anteriormente, es que nos hacemos las preguntas: ¿Existe relación entre los síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores víctimas y no víctimas de maltrato en el distrito de la Esperanza?,

Dicha investigación busca centrar la atención necesaria en las condiciones familiares de la población adulta mayor, ya que se ha generado a nivel mundial y a nivel nacional, el aumento de este grupo etario en comparación con la restante población; asimismo se ha evidenciado un aumento alarmante en cuanto a las cifras de sintomatología psicopatológica que pueda presentar la población del adulto mayor. Por ello que la presente investigación pretende desde un punto de vista teórico y científico contribuir en el conocimiento de nuestras variables antes mencionadas, y servir como base y sustento para futuras investigaciones. En cuanto al ámbito práctico, los resultados encontrados pueden ser utilizados como un medio preventivo y correctivo mediante intervenciones y estrategias que los especialistas utilizan según sus criterios.

Nuestro objetivo general busca determinar la relación entre los síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores del distrito de La Esperanza; y los objetivos específicos buscan identificar las diferencias en el funcionamiento familiar y los síntomas psicopatológicos entre los adultos mayores víctimas y no víctimas de maltrato; así mismo determinar la relación entre estas variables en la población víctima y no víctima de violencia. Además, se pretende hallar la relación existente entre las dimensiones del SCL90-R y el funcionamiento familiar en adultos mayores víctimas y no víctimas de maltrato.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación:

Este estudio se clasifica dentro de los de tipo transversal, ya que se desarrolla en un momento determinado. Asimismo, se empleó el diseño correlacional, esta estrategia asociativa busca explorar una posible relación existente entre las variables de estudio. También se usó el diseño comparativo, que analiza la existencia de diferencias entre dos o más grupos de individuos, tomando como recursos a las situaciones diferenciales que han sido establecidas por la naturaleza; las variables de dicho tipo de estudio no son manipuladas (Ato, López y Benavente, 2013).

2.2. Operacionalización de variables:

Tabla 1

Operacionalización de la variable Síntomas Psicopatológicos

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Síntomas psicopatológicos	Los síntomas psicopatológicos son las alusiones que brinda el sujeto en función a los signos que reconoce como anómalo y que es causado por el deterioro en el funcionamiento conductual o psicológico (Galli, 2005).	Se utilizará el cuestionario SCL-90-R el cual nos brinda un puntaje en función a sus 9 dimensiones	<ul style="list-style-type: none">• Depresión.• Hostilidad.• Sensibilidad interpersonal• Somatización• Ansiedad.• Psicoticismo.• Obsesión• Compulsión.• Ansiedad fóbica.• Ideación paranoide.	Nominal

Tabla 2

Operacionalización de la variable Funcionamiento Familiar

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Funcionamiento familiar	Se considera funcionamiento familiar cuando dentro de la dinámica familiar se promueve un estado de crecimiento físico, emocional y la maduración de todos los miembros, y que los mismo expresen satisfacción de acuerdo a los componentes (Smilkstein, 1978)	Se utilizará la Escala de Apgar familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad. • Participación. de • Gradiente crecimiento. • Afectividad. o • Recursos capacidad resolutiva. 	Ordinal

2.3. Población, muestra y muestreo:

Nuestra población accesible fueron 170 adultos mayores de 65 años en adelante que ingresaron a consulta psicológica en el periodo junio – octubre.

Para efectos de estudio se trabajó con una muestra de 151 adultos mayores con edades entre 65 años y 100 años (Promedio de edad: 75), que se atienden en el Hospital Distrital Jerusalén de La Esperanza en el periodo junio - octubre del 2019, 96 de ellos eran del sexo femenino y 55 de sexo masculino, de los cuales 84 eran víctimas de maltrato y 67 no lo eran. Un 37% de esta muestra tiene estudios primarios incompletos y el 11% no tiene grado de instrucción, solo el 5.2% de la muestra tienen estudios superiores completos. En su mayoría, estos pacientes poseen el Seguro Integral de Salud (SIS), otorgado por el estado a personas de escasos recursos y condiciones económicas bajas.

Para la selección de las participantes víctimas y no víctimas de maltrato, se aplicó la ficha de tamizaje VIF, la cual permitió identificar la existencia o no de la violencia contra el adulto mayor.

La muestra fue extraída por un muestreo no probabilístico de tipo accidental. En los muestreos no probabilísticos se seleccionan a los sujetos siguiendo determinados criterios y características; donde se reclutan casos hasta lograr completar el número de sujetos que se requieren para la investigación, los cuales son elegidos de manera casual, teniendo en cuenta las condiciones que se deben reunir (Otzen y Manterola, 2017; Arias, Villasís y Miranda, 2016).

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta para seleccionar la muestra de estudio fueron que los participantes hayan respondido el total de los ítems incluidos en las pruebas, así como el haber firmado el consentimiento informado. Por otro lado, a los sujetos que presentaron dificultades para comprender o por valerse por sí mismos, quedaron excluidos de la investigación, así como aquellos sujetos que presentaban alguna deficiencia física, tal como se registraba en su historia clínica, que les impida responder las preguntas planteadas, tales como la auditiva o mantenían sus facultades verbales afectadas.

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

Para la recolección de datos de la presente investigación se utilizaron diversos cuestionarios, los cuales, según Hernández, Fernández y Baptista (2010), son un conjunto de preguntas cerradas y abiertas respecto a una variable en particular que se pretende medir.

Se utilizó el SCL-90-R el cual fue creado por L.R. Derogatis, en el año 1974, en el estado de Minnesota, EE.UU. Este instrumento nos permite evaluar patrones de síntomas psicopatológicos que se presentan en el individuo. Su utilización puede variar para tareas comunitarias, epidemiológicas y de diagnóstico clínico. Está compuesto por 90 ítems, presenta una escala de 5 puntos. El sujeto debe marcar una respuesta de acuerdo a sus sentimientos y pensamientos durante la última semana, entre las opciones que tiene son: nunca, muy poco, poco, bastante y mucho. Esta prueba puede evaluar a sujetos con edades de 13 años en adelante. Cada respuesta es evaluada según las diversas dimensiones que se

explican a continuación: somatización, valora la presencia de malestares que el sujeto percibe en relación con diferentes disfunciones del cuerpo; obsesión y compulsión, pensamientos, impulsos y acciones que se vivencian y son imposibles de evitar; sensibilidad interpersonal, presencia de sentimientos de inferioridad; depresión, manifestaciones del trastorno depresivo como falta de energía, falta de motivación, sentimientos de desesperanza y pensamientos suicidas; ansiedad, busca evidenciar signos generales de ansiedad como nervios, tensiones, miedos y ataques de pánico; hostilidad, sentimientos, acciones y pensamientos caracterizados por las muestras de afectos negativos en relación con el enojo; ansiedad fóbica, respuestas repetidas de miedo a personas específicas, objetos, lugares y situaciones que son irracionales; ideación paranoide, pensamientos proyectivos, el temor, la pérdida de la autonomía y la suspicacia; y Psicoticismo, se relaciona con los sentimientos de soledad, el estilo de vida esquizoide, el control de los pensamientos y posibles alucinaciones.

La confiabilidad de las 9 dimensiones del SCL -90 se encontró a través de la correlación de dos mitades del test, además mediante la correlación entre todos los ítems como coeficiente alfa y medida de la consistencia interna del test. Los coeficientes de consistencia interna nos muestran una alta homogeneidad de los ítems que componen cada dimensión entre valores de 0.81 y 0.90. En cuanto a los valores de coeficientes de fiabilidad así como el de estabilidad temporal se encuentran en un 0.78 y 0.90, con un intervalo de una semana en el test - retest, encontrándose así una estabilidad en las puntuaciones en el transcurso del tiempo.

En relación a la validez, se muestra una constancia factorial en las 9 dimensiones, observándose de esta manera una buena validez en los datos obtenidos de pacientes clínicos con el MMPI, asimismo con otros instrumentos similares. La validez de criterio fue demostrada mediante la alta sensibilidad al cambio en los pacientes clínicos (Derogatis, 2002).

Para la verificación de la validez y confiabilidad del SCL - 90 en su versión adaptada al español se tomó en cuenta un estudio realizado por Cruz, López, Blas, González y Chávez (2005), en el cuál se consideró una muestra de 228 sujetos mexicanos entre los 17 a 81 años. Se obtuvo coeficientes de alfa de Cronbach en las dimensiones, además el Índice global de severidad, fue mayor a 0.7 y en los demás indicadores se muestran puntajes mayores a 0.66.

En relación a los valores de la correlación de Spearman se consiguió, a excepción de un ítem, el valor mayor de correlación con cada dimensión correspondiente: una alta correlación para el 72% de estos, en tanto un 26% obtuvo valores moderados.

Para evaluar el funcionamiento familiar en los adultos mayores se aplicó el cuestionario Apgar familiar el cual fue diseñado por Smilkstein en 1978, este instrumento nos permite observar el estado emocional de la familia en base a la percepción que tienen de acuerdo a los miembros de la familia. Este se evalúa a través de 5 factores: adaptación, se refiere a la facultad para la utilización de recursos extra e intrafamiliares, con la finalidad de resolver conflictos en situaciones de crisis o estrés familiar; participación, es la capacidad que los miembros de la dinámica familiar muestran para establecer comunicación ante las problemáticas; gradiente de recursos, se enfoca en el desarrollo o crecimiento físico, emocional y de autorrealización que alcanzan los miembros de una familia, mediante el apoyo entre sí; afectividad, hace referencia a la muestra de amor y cariño en la dinámica familiar, que se acompaña de expresiones verbales y no verbales; y finalmente recursos o capacidad resolutive, es el compromiso y la dedicación que tiene la familia con los suyos, además de atender las necesidades emocionales y físicas. Este cuestionario contiene 5 preguntas, que se evalúan con un puntaje que oscila entre 0 y 4 puntos; las opciones de respuesta son nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. Para su interpretación se basa en 4 índices: funcionamiento familiar normal, disfunción leve, disfunción moderada y disfunción severa. De 17 a 20 puntos significa que es una familia muy funcional, de 13 a 16 puntos hace referencia a disfuncionalidad familiar leve, de 10 a 12 puntos una familia moderadamente disfuncional y de 0 a 9 puntos se considera una familia con disfunción severa (Suárez y Alcalá, 2014).

En cuanto a la validez y confiabilidad de este cuestionario, se tomó en cuenta un estudio realizado por Castilla, Caycho, Ventura, Palomino, y De la Cruz (2016) que buscó analizar la confiabilidad y la estructura factorial del cuestionario APGAR familiar, la muestra estuvo conformada por 228 estudiantes de Lima Metropolitana, de edades entre los 12 y 18 años. Se obtuvo que la confiabilidad y el coeficiente Alfa de Cronbach son adecuados ($\alpha = 0.729$). Además, la evaluación del sesgo por comparación de coeficientes Alfa recomienda la ausencia de este. Por lo tanto, la escala APGAR familiar presenta propiedades

psicométricas que son adecuadas para continuar con estudios de validación, así también como para implementación en diversas líneas de trabajo, tantas teóricas como aplicadas.

Así mismo, se utilizó la ficha de tamizaje VIF (violencia intrafamiliar), para seleccionar a los usuarios que son víctimas y no víctimas de maltrato. Este cuestionario nos permite identificar a pacientes que sufren maltrato ya sea físico, sexual o psicológico. Cada tipo de violencia antes mencionada, se evalúa mediante 3 preguntas, las cuales exploran información acerca del agresor, el inicio y el término de la violencia. Es aplicado a niños, adolescentes, adultos jóvenes y adulto mayor (MINSA, 2007).

2.5. Procedimiento:

Para dar inicio a esta investigación se buscaron los instrumentos a utilizarse, SCL90-R y Apgar familiar, los cuales fueron hallados en diferentes sitios virtuales, Así como la ficha de tamizaje de violencia intrafamiliar (VIF), la cual sirvió para la identificación de los adultos mayores violentados y no violentados, instrumentos de libre acceso. La aplicación de dichos instrumentos se realizó de manera presencial e individual a modo de entrevista, planteando cada pregunta a los participantes; en las fechas que los adultos mayores asistieron a sus consultas programadas en el hospital, entre los meses de junio a octubre. Se les informó en qué consiste su participación en esta investigación y se solicitó el consentimiento informado a los que aceptaron participar, para posteriormente aplicar los 2 cuestionarios de 5 y 90 preguntas.

2.6. Método de análisis de datos:

Para realizar el análisis de los datos obtenidos del presente estudio, se utilizó el programa informático Excel y el Software estadístico de datos SPSS v.25. Para realizar el análisis de la normalidad de los datos se procedió a evaluar la distribución de los datos por medio de la curtosis y asimetría, obteniendo una distribución asimétrica de los datos obtenidos, por lo cual se utilizó un estadístico no paramétrico, tal como la prueba de regresión lineal de Spearman y para comprobar las hipótesis de comparación de grupos se utilizó la prueba U de Mann - Whitney.

Al ser nuestro muestreo no probabilístico, se utilizaron los criterios de Cohen para evaluar el tamaño de efecto para las correlaciones y diferencias encontradas. Así mismo se reportó la confiabilidad obtenida de los instrumentos aplicados.

2.7. Aspectos éticos:

Para la ejecución de la investigación se solicitó el correspondiente consentimiento informado a los participantes. Se informó con respecto a su decisión voluntaria para participar, la confiabilidad de la información que brinda, e inclusive que habiendo aceptado participar puede decidir retirarse, sin consecuencias de ningún tipo. Se explicó, además, el procedimiento de evaluación, el número de cuestionarios a aplicar y el tiempo que demandará. Firmando el consentimiento en caso de aceptación.

III. RESULTADOS

Al observar la asimetría y curtosis de los datos recogidos en referencia a síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar, encontramos que en una buena parte de los casos es mayor a 1.5, por lo que se asume una distribución asimétrica de los datos, y se toma la decisión de utilizar un estadístico no paramétrico para la comprobación de las hipótesis correlacionales, en este caso la r de Spearman.

Tabla 3

Media, asimetría y curtosis de los síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar

	N	Media	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
Somatización	151	22.19	.801	.266	12	40
Obsesión – compulsión	151	15.27	1.613	3.171	10	37
Sensibilidad Interpersonal	151	12.19	1.439	1.697	9	27
Depresión	151	25.21	.880	.058	13	55
Ansiedad	151	15.12	1.099	.630	10	31
Hostilidad	151	7.32	2.970	11.041	6	23
Ansiedad fóbica	151	8.60	1.655	2.301	7	18
Ideación paranoide	151	8.17	1.639	2.336	6	20
Psicoticismo	151	11.73	2.244	7.419	10	27
Funcionamiento familiar	151	15.16	-.245	-1.083	5	25

Se evidencia en la tabla 4 la correlación existente entre las dimensiones del SCL-90 y el Funcionamiento Familiar en la muestra total, así como en las víctimas y no víctimas de violencia. Se observa una correlación de tamaño de efecto grande entre las dimensiones Somatización, Obsesión – Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad e Ideación paranoide y la Funcionamiento Familiar; en tanto se halla una correlación de tamaño de efecto mediano entre las dimensiones Hostilidad, Ansiedad fóbica, Psicoticismo y Funcionamiento Familiar.

Tabla 4

Correlación de los síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en las víctimas y no víctimas

Síntomas psicopatológicos	Funcionamiento Familiar		
	Víctimas	No víctimas	Muestra total
Somatización	-.464**	-.316**	-.597**
Obsesión – compulsión	-.322**	-.210	-.555**
Sensibilidad Interpersonal	-.301**	-.135	-.631**
Depresión	-.518**	-.372**	-.751**
Ansiedad	-.341**	-.197	-.576**
Hostilidad	-.419**	-.079	-.458**
Ansiedad fóbica	.056	-.194	-.349**
Ideación paranoide	-.493**	-.031	-.582**
Psicoticismo	-.145	-.171	-.413**

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

* La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

Se observan que existen diferencias significativas en los síntomas psicopatológicos y el funcionamiento familiar, entre las víctimas y no víctimas de maltrato. Observándose una tendencia a presentar mayor presencia de síntomas psicopatológicos y menor funcionalidad familiar en las personas víctimas de violencia en comparación a las no víctimas.

Tabla 5

Diferencias en los síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en las víctimas y no víctimas de maltrato.

Síntomas psicopatológicos	Condición	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de MannWhitney	P
Somatización	Víctimas	84	94.11	7905.00	1.293.0	.000
	No víctimas	67	53.30	3571.00		
Obsesión - compulsión	Víctimas	84	96.37	8095.00	1.103.0	.000
	No víctimas	67	50.46	3381.00		
Sensibilidad Interpersonal	Víctimas	84	100.31	8426.00	772.0	.000
	No víctimas	67	45.52	3050.00		
Depresión	Víctimas	84	102.08	8574.50	623.5	.000
	No víctimas	67	43.31	2901.50		
Ansiedad	Víctimas	84	96.22	8082.50	1.115.5	.000
	No víctimas	67	50.65	3393.50		
Hostilidad	Víctimas	84	88.48	7432.50	1.765.5	.000
	No víctimas	67	60.35	4043.50		
Ansiedad fóbica	Víctimas	84	89.92	7553.00	1.645.0	.000
	No víctimas	67	58.55	3923.00		
Ideación paranoide	Víctimas	84	95.60	8030.50	1.167.5	.000
	No víctimas	67	51.43	3445.50		
Psicoticismo	Víctimas	84	90.71	7620.00	1.578.0	.000
	No víctimas	67	57.55	3856.00		
Apgar Familiar	Víctimas	84	47.80	4015.50	445.5	.000
	No víctimas	67	111.35	7460.50		

IV. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como principal objetivo determinar la relación entre los síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en una muestra de adultos mayores. En los resultados obtenidos se evidencia una correlación fuerte altamente significativas entre estas variables, García (2017) hace mención que la familia es fundamental en la vida de personas con edad avanzada ya que ellos proporcionan cuidado, seguridad, apoyo social y emocional y esto genera que estén menos propensos a desarrollar algún tipo de trastornos; por su parte, la organización mundial de la salud (2017) hace referencia que durante la etapa de la vejez se presentan diversos factores que son determinantes en la vida de los adultos mayores, además están vulnerables a diversas situaciones en el ámbito familiar, como abandonos, maltratos entre otros lo que generan diversos problemas mentales.

Es importante resaltar que, por la falta de investigaciones que relacionen la variable de síntomas psicopatológicos en conjunto con el funcionamiento familiar, se tomaran en cuenta estudios que contrasten los resultados de acuerdo a las dimensiones que conforman los síntomas psicopatológicos, puesto que las variables no han sido estudiadas en conjunto.

De acuerdo a los resultados obtenido podemos observar una correlación negativa fuerte entre la depresión y funcionamiento familiar tal como lo muestran los estudios de (Barboza, 2016) donde se obtuvo también una correlación negativa y significativa existente entre las variables estudiadas; por su parte Torres (2013) realizó una investigación entre la percepción del funcionamiento familiar y la depresión, donde obtuvo que el 31% de la muestra poseía algún nivel de depresión, el 50% percibía una disfuncionalidad familiar, por lo tanto muestra una relación significativa y un grado de asociación del 43%, sobre la relación entre las variables estudiadas; por el contrario, Saavedra, Rangel, García, Duarte, Bello e Infante (2016), en su estudio que buscaba hallar una relación entre la depresión y el funcionamiento familiar en adultos mayores, se halló relación entre la familia nuclear y la funcionalidad familiar, aunque no fue posible determinar una asociación entre las variables, hacen mención que la familia nuclear constituye un factor primordial para la funcionalidad familiar.

En cuanto a la dimensión de sensibilidad interpersonal, el presente estudio halló una correlación de efecto fuerte, entre esta dimensión y el funcionamiento familiar, dichos

resultados concuerdan con el estudio de Rodríguez, García y Arrijoa (2009) quienes desarrollaron una investigación para determinar la relación entre el funcionamiento familiar y los niveles de autoestima del adulto mayor; donde se obtuvo como resultado una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la autoestima del adulto mayor, al igual que Viteri, Terranova y Velis (2008) quien halló una relación significativa entre la autoestima, la funcionalidad familiar y las situaciones de maltrato a las que se encuentran expuestos los adultos mayores, esto, en complemento de la calidad de vida.

Con respecto a la ansiedad, se obtuvo una correlación negativa entre esta y el funcionamiento familiar, dichos resultados difieren con el estudio realizado por Zavala, Ríos, García y Rodríguez (2009) quienes no detectaron asociación significativa alguna, entre las variables estudiadas, sin embargo, cabe recalcar que en este estudio la mayor parte de la muestra pertenecían a una familia funcional. Con esto se replantea la existencia de la correlación entre las variables estudiadas en la presente investigación, ya que existe un número equivalente de familias funcionales y disfuncionales en la muestra participante.

Los resultados hallados en las correlaciones de Funcionamiento Familiar y las dimensiones de los Síntomas Psicopatológicos, como lo son Somatización, Ideación Paranoide y Obsesión – Compulsión, alcanzan, según Cohen (1988), correlaciones grandes, y en cuanto las dimensiones de Hostilidad, Psicoticismo y Ansiedad Fóbica, se obtuvieron resultados que representan correlaciones medianas.

En cuanto al objetivo que busca establecer las diferencias de los síntomas psicopatológicos y funcionalidad familiar, la respuesta obtenida de acuerdo a los resultados, evidencia diferencias significativas de las variables entre las víctimas y no víctimas de maltrato. Se observa de esta manera una tendencia a presentar síntomas psicopatológicos y menor funcionalidad familiar en las personas que son víctimas de violencia en comparación a las no víctimas. De acuerdo a estos resultados, es posible plantear que el desarrollo de síntomas psicopatológicos podría verse influenciado por el hecho de ser víctima de violencia, dicho resultado concuerda con estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (2018b), donde se hace mención que el 15.7% de adultos mayores de la población mundial, sufrieron algún tipo de maltratos denunciados, lo cual conlleva a la presencia de secuelas psicológicas; así como por una menor funcionalidad familiar, tal como lo plantea Cuesta

(2009), quien refiere que el funcionamiento familiar positivo ayuda a disminuir el riesgo de padecer alguna enfermedad, además de aumentar la sensación y estado de bienestar en cada integrante que conforma la familia. Es así que la familia constituye un factor de protección para los adultos mayores, pues, tal como lo refiere García (2017), la familia es fundamental en la vida de personas adultas mayores, ya que proporciona cuidado, seguridad, apoyo social y emocional, generando así que estén menos propensos a desarrollar trastornos. Por su parte Cervera, Hernandez, Pereira y Sardinias, (2008) hacen mención que la familia tiene un rol importante en garantizar el cuidado al adulto mayor, pues son el único soporte con el que cuentan y la ausencia de ellos, y/o el maltrato que se pueda generar dentro de esta dinámica conlleva a que se presenten problemas psicopatológicos, pues en esta edad, se considera una etapa de vulnerabilidad relacionada a la inadaptabilidad. Así mismo en el estudio realizado por Troncoso y Soto (2016) se obtuvo que los adultos mayores pertenecientes a una buena dinámica familiar, disfrutaban de una mejor calidad de vida.

Es importante tener en cuenta las limitaciones que puedan presentarse en esta investigación, una de ellas es que nuestro estudio es no probabilístico, por lo tanto, se debe tener cuidado cuando se intente generalizar nuestros resultados, así mismo la falta de investigaciones sobre nuestras variables, se muestran estudios que especifican las dimensiones psicopatológicas con el funcionamiento familiar, mas no la desarrollan en conjunto.

V. CONCLUSIONES

1. Existe una correlación altamente significativa entre los síntomas psicopatológicos y el funcionamiento familiar en los adultos mayores de la muestra total.
2. Se observa que los adultos mayores víctimas de violencia tienden a presentar síntomas psicopatológicos, así como menor funcionalidad familiar. Por el contrario, los adultos mayores no víctimas de violencia, tienden a presentar menores síntomas psicopatológicos y mayor funcionamiento familiar.
3. Existe una correlación de efecto fuerte entre las dimensiones de Depresión, Sensibilidad Interpersonal, Somatización, Ideación Paranoide, Ansiedad y Obsesión – Compulsión, y el funcionamiento familiar en la muestra total estudiada.
4. Existe una correlación de efecto mediano entre las dimensiones de Hostilidad, Ansiedad y Psicotisismo, y el funcionamiento familiar en la muestra total estudiada.

VI. RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar investigaciones de correlación de ambas variables con una muestra más extensa que la presentada en este estudio.
- ✓ Se sugiere a los profesionales de la salud mental realizar intervenciones que involucren a los familiares y grupo de apoyo de los adultos mayores para así, prevenir el desarrollo de patologías.
- ✓ Se recomienda a los profesionales de la salud de dicho establecimiento, implementar actividades de psicoeducación, fortalecimiento de vínculos, comunicación asertiva, expresión de emociones, manejo y resolución de conflictos, coordinación familiar, entre otros, con el acompañamiento de todos los miembros que conforma su dinámica familiar para que de esa manera se puedan prevenir y reducir posibles síntomas o signos de depresión y otras patologías, que puedan presentarse en la población adulta mayor.
- ✓ Se recomienda crear o adaptar nuevos instrumentos en relación a síntomas psicopatológicos en general, debido que a nivel local aún no hay muchos cuestionarios que midan esa variable y es importante para mejores resultados en investigaciones.

REFERENCIAS

- Almeida, R., Desani, G., Hitomi, C., Amendola, F., Correa, J., Martis, M., Campos, M. (2014). Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Rev Esc Enferm USP*, 48(3), 469-476. Doi: 10.1590/S0080-623420140000300012
- Alvites, E. (2012). La familia funcional. *The artward*. Recuperado de <http://eah2012.blogspot.com/2012/03/la-familia-funcional.html>
- Arias, J., Villasís, M. y Miranda, M.(2016). The research protocol III. Study population: *Rev Alerg*, 63(2), 201-206. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27174763>
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Barboza, B. (2016). *Funcionamiento familiar y su relación con el nivel de depresión del adulto mayor del hospital distrital Santa Isabel, El Porvenir-La Libertad*. (Tesis de pregrado). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/762/barboza_gb.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Buil, P. y Diez, E. (1999). The elderly and the family. An evolving relationship. *ANALES Sis San Navarra*, 22(1). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/266464071_Anciano_y_familia_Una_relacion_e_n_evolucion The elderly and the family An evolving relationship
- Centro de emergencia mujer (2005). *Violencia familiar en las personas adultas mayores en el Perú*. Recuperado de https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/mimdes_adultos_mayores_libreros.pdf

Cervera, L., Hernandez, R., Pereira, I., y Sardinias, O. (2008). Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. *Rev archivo médico de Camaguey*. 12(6). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000600006

Cobos, M. (2005). *Psicopatología*. Recuperado de: <https://www.uv.mx/personal/yvelasco/files/2016/02/Salud-Mental-AnormalidadNormalidad.pdf>

Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Recuperado de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/9780203771587_googlepreview%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/9780203771587_googlepreview%20(1).pdf)

Conde, J. (2015) *Psicopatología en la vejez. Manual de psicopatología clínica*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/270684950_Psicopatologia_en_la_Vejez

Conde, J. y Jarne, A. (2006). Trastornos mentales en la vejez. En C. Triadó y F. Villar (Ed), *Psicología de la vejez* (pp. 341-364). Madrid, España: Alianza Editorial. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/258995752_Trastornos_mentales_en_la_vejez

Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom check list 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud mental*, 28 (1), 72-81. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=6689>

Cuesta, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1), 96-102. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198010.pdf>

Derogatis, L. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/338073306/Manual-SCL-90R-pdf>

Diaz, S., Tirado, L. y Simancas, M. (2017). Validez de constructo y confiabilidad de la APGAR familiar en pacientes odontológicos adultos de Cartagena, Colombia. *Revista Salud UIS*, 49 (4). Recuperado de <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6868>

Escalona, B. y Ruiz, A. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 38-46. Recuperado de

https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133947583005&fbclid=IwAR3tY8rMwMqufxH_WBwwL8OKYyf2bh2jGZG-BiCZuSsFsunj1_20ZmdGTNI

Frías, D. (2019). *Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. España. Recuperado de <https://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>

Galli, A. (2005). Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología. *Revista de psiquitría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6(1), 55 – 66. Recuperado de http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2005/I/6-PREVALENCIA_DE_TRASTORNOS_PSICOPATOLOGICOS.pdf

García, S. (2017). *La importancia de las relaciones familiares en la tercera edad*. Recuperado de: <https://www.gaes.es/gaestecuida/noticias/detalle/importancia-relaciones-familiarestercera-edad>

García, M. (2012). Envejecimiento activo. *Revista de servicios sociales y política social*. Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/revista_digital/publicas/no_98_envejecimiento_activo_i/

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6a. ed. México D.F.: McGraw-Hill.

Lyness, J., Caine, E., King, D., Cox, C. y Yoediono, Z. (1999). Psychiatric disorders in older care patients. *Journal General Internal Medicine*, 14(4), 249-254. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496563/>

Marin, J. (2003). Envejecimiento. *Salud pública Educ Salud*, 3(1), 28-33. Recuperado de <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>

Martija, J. (2014). *La familia disfuncional*: Recuperado de <https://www.diarioinformacion.com/opinion/2014/06/25/familiadisfuncional/1517732.html>

Melogno, C. (2008). *Familia y sociedad*. Recuperado de <https://www.smu.org.uy/elsmu/comisiones/reencuentro/familia-y-sociedad.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015). *El abordaje de la violencia contra personas adultas mayores*. Recuperado de https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/simp2015_5.pdf

Ministerio de salud (2007). *Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género*. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1253_PROM47.pdf

Organización mundial de la salud (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultosmayores>

Organización mundial de la salud (2018a). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización mundial de la salud (2018b) *Maltrato de las personas mayores*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Reusche, R. (2011) Dinámica psicológica de la familia. *UNIFE, Temática psicológica*, 7(1), 7-16. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista_tematica_psicologia_2011/reusche_lari.pdf

- Rodríguez, C., García, G. y Arrijoja, G. (2009) *La funcionalidad familiar y la autoestima del adulto mayor en su esfera social*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/317178106> La funcionalidad familiar y la autoestima del adulto mayor en su esfera social
- Romero, A. (2005). *Violencia familiar en las personas adultas mayores*. Perú: Ministerio de la mujer y desarrollo social. Recuperado de https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/simp2015_5.pdf
- Romero, E. (2003). *Guía de atención integral en salud mental para el adulto mayor*. Recuperado de <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55800.pdf>
- Saavedra, A., Rangel, S., García, A., Duarte, A., Bello, Y. e Infante, A. (2016) *Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Mexico*. *Aten Fam*, 23(1), 24-28. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2016/af161f.pdf>
- Saraiva, V., Pinheiro, N., Silva, I., Athie, S. y Ramos, E. (2016). Prevalence and factors associated with caregiver abuse of elderly dependents: The hidden face of family violence. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 87-96. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v24n1/en_1678-4561-csc-24-01-0087.pdf
- Sirlin, C. (2008) *Violencia, Maltrato y abuso en la vejez: Una realidad oculta, una cuestión de derechos*. Recuperado de https://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/1623/1/violencia_maltrato_y_abuso_en_la_vejez_.una_realidad_oculta_una_cuestion_de_derechos.c.sirlin.pdf
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *Washington*, 6(6). Recuperado de https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume_6-7/JFP_197806_v6_i6_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf

- Suárez, M. y Alcalá M. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *La paz*, 20(1). Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
- Tamez, B. y Ribeiro, M. (2012). *El proceso de envejecimiento y su impacto socio-familiar*. Revista Latinoamericana de estudios de la familia, 4(1). Recuperado de: http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef4_2.pdf
- Torres, M. (2013). *Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores*. (Tesis de postgrado). Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Recuperado de http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/695/TorresMoreno_I.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Troncoso, C. y Soto, N. (2016). *Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores*. Lima 18(1). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2018000100004
- Viteri, E., Terranova, A. y Velis, L. (2008). Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario. *Revista Lasallista de Investigación*, 15(2), 300-314. doi: 10.22507/rli.v15n2a23
- Wall, L. (2017). *Funcionalidad familiar y logros de aprendizaje en Comunicación de estudiantes de secundaria en la Institución Educativa Divino Maestro de Pamplona, 2016*. (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo, Lima, Trujillo. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/6979/Wall_CLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Zavala, M., Ríos, M., García, G. y Rodríguez, C. (2009). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*, 9(3), 257-270. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147006>

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar en el Proyecto de investigación "síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores víctimas y no víctimas de maltrato".

Si acepta participar, el procedimiento será el siguiente:

1. El evaluador le explicará el proceso y los fines de la investigación y posteriormente aplicará dos cuestionarios directamente (SCL-90-R) y (Apgar familiar).
2. Al colaborar usted deberá responder a las preguntas que el evaluador le asigne de acuerdo a los cuestionarios. Dicha actividad durará aproximadamente 25 a 30 min.

En razón a los criterios éticos de la investigación se le informa que todo los datos y resultados obtenidos son totalmente anónimos, y serán utilizados solo para fines científicos por lo que se garantiza que no serán revelados a ninguna persona que no esté a cargo de la investigación. Usted está en el derecho de asignar las preguntas que crea correspondiente. Antes de decidir si desea participar o no, nosotras responderemos gustosamente.

CONSENTIMIENTO:

Toda la información descrita en este documento ha sido leída antes de firmarla, por lo que accedo a participar en la presente investigación.

Participante:

Nombre _____ Firma _____

Anexo 2: Ficha de datos sociodemográficos

FICHA DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: Sexo: hombre () mujer () N° de hijos:
Estado civil:
Actualmente con quien vive?:
Grado de instrucción:.....
Ocupación:.....
Enfermedades:.....

Anexo 3: Tamizaje de Violencia

FICHA DE TAMIZAJE VIF

Lea al paciente	
Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, es importante preguntar si actualmente están en esta situación, para participar con ellas en la solución de su problema, por favor responda a estas preguntas.	
¿Alguna vez ha sido maltratado (a) psicológicamente? SI () NO () ¿Alguna vez ha sido maltratado (a) físicamente? SI () NO () ¿Ha sido forzada (o) a tener relaciones sexuales? SI () NO ()	¿Quién? _____ ¿Desde cuándo? _____ ¿Cuándo fue la última vez? _____

Anexo 4: SCL – 90

SCL-90-R

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días). Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta.

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					

25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					

62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					