



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR
RELACIONADO CON LA
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPAN
EN ACTIVIDADES DE LA CASA DE
ENCUENTRO DEL ADULTO MAYOR DE
ÑUBLE, 2017.**

Autores:

CRUCES CAMPOS ESTEBAN ANDRÉS

TORRES CRISOSTO LUCIA PAZ

TORO LISBOA CAMILA PAULINA

VARGAS STEFANINI JAVIERA PAZ

Profesor guía Tesis: Mg. en Salud Pública Henríquez Melgarejo Aurora

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

CHILLÁN 2017

AGRADECIMIENTOS

Extendemos nuestros sinceros agradecimientos a:

Nuestra profesora guía, Sra. Aurora Henríquez Melgarejo, por su orientación, apoyo y compromiso con nuestro proceso de investigación.

A la Sra. Carmen Luz Muñoz por su interés y motivación constante en las etapas iniciales de nuestra investigación.

A la Sra. María Eugenia Toro, encargada de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble, por su buena disposición y colaboración en el proceso de recolección de datos.

A los participantes de la investigación, por su gentileza y empatía con nosotros.

Y finalmente a quienes nos dieron su apoyo constante en el arduo proceso que significó esta investigación, a nuestras familias, amigos, parejas, y mascotas, entregándonos su cariño y atención, siendo un pilar fundamental en los momentos de estrés y desmotivación.

Resumen

Introducción: El envejecimiento progresivo de la población es un fenómeno que ocurre también a nivel nacional, que crea la necesidad de comprender los fenómenos físicos, psicológicos y sociológicos de los adultos mayores. En el ámbito psicológico, la depresión es la patología más frecuente en este grupo etario, y dentro de los factores que pudiesen influir se considera la funcionalidad familiar. Diversos estudios han encontrado asociación significativa entre esta y la depresión, sin embargo, aún existe escasa evidencia en población geriátrica chilena. **Objetivo:** Establecer la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en los adultos mayores que participan en actividades de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble. **Materiales y métodos:** La investigación fue de tipo correlacional y de corte transversal, con una muestra de 96 adultos mayores. Se utilizaron los instrumentos: Evaluación cognitiva MMSE, Cuestionario de antecedentes, FACES III, Escala de comunicación Familiar de FACES IV, Escala GDS -15. **Resultados:** 89,58% de los participantes no presentó depresión, de los cuales la mayoría tuvo una percepción de funcionalidad familiar categorizada como Rango medio (52,33%) y un grado de comunicación familiar Alto- Muy alto (81,40%). Hubo relación estadísticamente significativa entre sintomatología depresiva y comunicación familiar (p -valor 0,021), mientras que no se presentó entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar (p -valor 0,624). **Conclusión:** En este grupo de adultos mayores hubo relación estadísticamente significativa entre comunicación familiar y sintomatología depresiva. En cambio, los factores sociodemográficos, clínicos y percepción de funcionalidad familiar no se asociaron con la sintomatología depresiva.

Palabras Claves: Anciano, Depresión, Familia

Índice

I. Introducción	1
1.1 Antecedentes introductorios del problema de investigación.....	1
1.2 Fundamentación del problema	3
1.3 Problema de Investigación.....	6
1.4 Problematización	6
1.5 Marco teórico:.....	7
1.5.1 Funcionalidad familiar.....	7
1.5.2 Sintomatología depresiva	8
1.5.3 Modelo Circumplejo de los Sistemas Marital y Familiar (1979)	10
1.5.4 Modelo de sistemas de Betty Neuman (1974).....	14
1.6 Marco Empírico	15
1.7 Objetivos generales y objetivos específicos.....	20
1.8 Hipótesis.....	21
II. Métodos	21
2.1 Tipo de diseño	21
2.2 Población de estudio.....	21
2.3 Muestra	21
2.4 Unidad de análisis	22
2.5 Criterios de elegibilidad	22
2.6 Listado de variables.....	22
2.7 Descripción de instrumentos recolectores	23
2.8 Procedimiento para recolección de datos	27
2.9 Aspectos éticos.....	28
2.10 Procesamiento de los datos	29
III. 3.1 Resultados	30
IV. 4.1 Discusión	39
4.2 Limitaciones	45

4.3 Sugerencias	46
4.4 Conclusión	47
V. Bibliografía	49
VI. Anexos.....	56
Anexo 1. Listado de variables.....	56
Anexo 2. Minimal abreviado.....	59
Anexo 3. Cuestionario de antecedentes	60
Anexo 4. FACES III.....	62
Anexo 5. Escala de comunicación familiar	64
Anexo 6. Escala GDS-15.....	66
Anexo 7. Consentimiento informado	67
Anexo 8. Certificación Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío Bío	69
Anexo 9. Carta de Compromiso “Casa de encuentro del Adulto Mayor de Ñuble”	70

I. Introducción

1.1 Antecedentes introductorios del problema de investigación

Hoy en día existe un fenómeno de envejecimiento de la población mundial que se ha potenciado por diversos factores. Por una parte, los avances en la medicina han permitido controlar cada vez de mejor forma la mortalidad infantil, la cual según datos del Banco Mundial, ha disminuido sostenidamente desde la década de los 60', además de aumentar la esperanza de vida. Otro factor importante en el cambio demográfico ha sido el mayor control de la fecundidad gracias al uso de métodos anticonceptivos, lo que se evidencia en una disminución de las tasas de natalidad (1,2).

Según datos de la OMS la población mundial de adultos mayores (AM) está aumentando considerablemente. Se estima que para el año 2050 la población crecerá desde un 12% a un 22% (3). Actualmente en Chile la población mayor a 60 años alcanza un 14,9% de la población total, y se calcula que para el año 2020 esta población abarque un 17,3% (4).

El envejecimiento progresivo de la población mundial, crea la necesidad de comprender los fenómenos físicos, psicológicos y sociológicos de esta población, para poder incidir positivamente en ellos.

En el ámbito psicológico puede aparecer deterioro cognitivo y sintomatología depresiva, lo que afecta negativamente la calidad de vida del individuo y su entorno familiar (5).

Dentro de la población mundial, un 15% de los AM mayores de 60 años sufren algún trastorno mental, uno de ellos la depresión (3).

La prevalencia de sintomatología depresiva en la población chilena, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010 corresponde a 17,2 %. En la población de AM (mayor a 65 años) se encontró que la prevalencia de sintomatología depresiva es inferior a la prevalencia nacional, con un valor de 11,2%. Concordante a la realidad nacional en todos los rangos de edad, la prevalencia de sintomatología depresiva en AM es significativamente mayor en mujeres que en hombres, con valores de 16,9% versus 4,1% en hombres (6).

La sintomatología depresiva en los AM puede presentarse asociada a variados factores tales como edad, escolaridad, presencia de redes de apoyo familiar y social, dependencia, entre otros. Otro factor importante a considerar es la funcionalidad familiar, factor que ha sido estudiado en esta población y se ha encontrado una asociación significativa entre esta y la depresión (7,8).

Sin embargo, diversos estudios han presentado resultados divergentes al respecto, encontrando una buena percepción de la funcionalidad familiar en la mayoría de AM de los centros de vida de la ciudad de Cartagena, Colombia, mientras que en otros estudios se ha obtenido resultados de un aumento de la percepción negativa de la funcionalidad familiar a mayor edad. Es por esto que se vuelve de especial interés conocer la realidad local y establecer la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en los AM (9,10).

1.2 Fundamentación del problema

El envejecimiento de la población es un fenómeno que se ha producido a escala mundial, que ha sido impulsado por diferentes cambios culturales, sociales, políticos, económicos, tecnológicos y se ha traducido en la reducción en tasas de natalidad y fecundidad, y un aumento de la expectativa de vida. Para Latinoamérica se proyecta que el 9% del total de su población en el 2020 serán personas con 65 años o más, y para países como Brasil, Argentina, Chile y Uruguay estas cifras serán 9.6%, 11.9%, 12.1% y 15 %, respectivamente; mientras que para Ecuador y Bolivia serán 8.8% y 5.8% (11).

En Chile esta transición demográfica se encuentra en una etapa avanzada. Los resultados de la Encuesta CASEN 2013 reafirman que el país enfrenta un acelerado proceso de envejecimiento. De acuerdo a las cifras, 2.885.157 personas tienen más de 60 años, es decir, un 16,7% del total de la población. Por su parte, la proyección del INE señala que para el 2020 la esperanza de vida de los chilenos en promedio será de 79,7 años: 82,1 años para las mujeres y 77,3 años para los hombres (12).

La vejez es un fenómeno complejo y multidimensional que acarrea consecuencias y desafíos, tanto para los sujetos que experimentan la vejez, como para la sociedad en su conjunto. Existe un cambio en las condiciones de salud, seguridad económica, bienestar social, como también un aumento en la inadaptación de los AM a su núcleo familiar. Esta etapa de la vida se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas y paralelamente, a una mayor vulnerabilidad a la dependencia (13).

Todos los acontecimientos mencionados que están ligados a la vejez, sumado a un aumento de la percepción negativa de la propia salud pueden afectar la salud mental de los AM (14).

En este contexto, la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20% en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40% en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13% al año (1).

La sintomatología depresiva en los AM puede estar influenciada por la dependencia a otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria. La incapacidad y la dependencia generan frustración que podrían conllevar a depresión. Además, la presencia de estos síntomas contribuye a un deterioro de la calidad de vida de los AM, debido a la pérdida de roles, de seres queridos y es sobre todo más común en AM institucionalizados (13).

El núcleo familiar desempeña un papel fundamental tanto en problemas de alteración de la salud como en su proceso de rehabilitación, por consecuencia uno de los factores que cobra gran importancia y ha sido estudiado por diversos autores es la percepción de la funcionalidad familiar y su influencia en la sintomatología depresiva de los AM (9).

La funcionalidad familiar es el mecanismo por el cual se enfrenta y supera cada una de las etapas del ciclo vital y los sucesos críticos que se puedan presentar, esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que pueden propiciar un impacto menor de enfermedad. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del síntoma (14).

En cuanto a la percepción del funcionamiento familiar, algunos estudios señalan que los AM en su mayoría tienen una buena percepción de su familia, lo que es un factor protector para ellos, ya que pueden presentar trastornos físicos y emocionales.

Aquellos AM que perciben los componentes del APGAR de forma favorable, casi siempre se encuentran satisfechos en cuanto a la adaptabilidad, participación, afectividad y en cuanto al apoyo que reciben de sus familiares, porque toman en cuenta sus opiniones y son escuchados, a pesar de que es poco el tiempo que comparten en familia. Mientras que los AM que manifiestan tener una disfuncionalidad familiar moderada, son los que se ven descuidados y expresan sentirse abandonados por sus familiares, influido por su contexto sociocultural y familiar (9).

Pese a presentarse en general en los AM una buena percepción del funcionamiento familiar, otras investigaciones sugieren que la percepción negativa de la funcionalidad familiar aumenta conforme aumenta la edad. Esto podría deberse al aumento de las demandas de atención que necesitan los AM y el menor aporte a la economía familiar por parte de ellos. A menos años de estudio, la percepción como disfuncional del núcleo familiar aumenta, lo que se relaciona con la actividad laboral de los AM, ya que los que presentan más años de estudios y aquellos que cuentan con algún título universitario presentan mayor actividad económica, con lo que podrían contribuir a la economía familiar y aumentarían las razones para sentirse emocionalmente satisfechos dentro de su núcleo familiar (8,13).

Por otro lado, la relación entre la percepción del funcionamiento familiar y la sintomatología depresiva en AM sigue siendo motivo de estudio. Debido a los diversos hallazgos obtenidos hasta el momento, se vuelve fundamental conocer la realidad local en cuanto a la percepción de funcionalidad familiar y presencia de sintomatología depresiva en los AM.

Como se ha mencionado, son diversos los elementos que podrían influir en la depresión en los AM, los cuales es necesario tener en claro para poder intervenir a través de un equipo multidisciplinario, ya sea en pesquisa de factores de riesgo sobre los cuales intervenir o factores protectores que apoyar para así prevenir la instauración de la enfermedad, o posteriormente en la detección de la enfermedad y tratamiento de ella.

Debido a la adopción del Modelo de Salud Integral con un enfoque Familiar y Comunitario, el personal de enfermería tiene más contacto con los AM y su familia en las diversas instancias de la atención primaria de salud, una de ellas es el Examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM), que integra diversos aspectos que pueden influir en la salud y calidad de vida de los AM.

La presente investigación contribuye al estudio de los factores que se relacionan a la depresión geriátrica, para poder así propiciar directrices basadas en sustento científico y la realidad local, e impulsar una posible integración de instrumentos para la medición de la funcionalidad familiar dentro de las herramientas utilizadas en el EMPAM.

1.3 Problema de Investigación

¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en los AM que participan en actividades de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble?

1.4 Problematización

¿Cuáles son las características sociodemográficas (edad, sexo, ingreso económico per cápita, nivel educacional, estado civil, tipo de familia, casa propia, trabajo) y comorbilidad de los AM participantes del estudio?

¿Cuál es la percepción de funcionalidad familiar de los de los AM participantes del estudio?

¿Cómo se presenta la sintomatología depresiva en los AM participantes del estudio?

¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas y comorbilidad con la sintomatología depresiva en los AM participantes del estudio?

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en los AM participantes del estudio?

1.5 Marco teórico:

Según datos de la OMS divulgados por la OPS, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, entre el 2000 y 2050, pasando de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (15).

Otros informes de la OMS señalan que América es una de las regiones del mundo más envejecida. En 2006 había 50 millones de AM, cifra que se estima duplicará para 2025 y volverá a hacerlo para 2050, cuando una de cada 4 personas tendrá más de 60 años, y en el mundo, serán 1 de cada 5 (1).

Según el último censo de la población chilena correspondiente al año 2002, en la región del Bío-Bío existía una población total de AM de 211.957, donde 96.358 son hombres y 115.599 mujeres, abarcando un 11,39 % a nivel nacional. En cuanto a nivel comunal arrojó un total de 18.296 AM en Chillán, con un porcentaje de un 11,3% (16).

1.5.1 Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar es una característica dinámica de los grupos familiares, que se refiere a la capacidad que posee para enfrentarse a elementos estresantes y los recursos que utiliza para poder mantener sus funciones fundamentales y reducir el estrés a niveles tolerables. Por lo tanto, el hecho de vivir en crisis no es necesariamente la causa de disfunción familiar, sino el modo cómo se enfrenta (17).

El afrontar situaciones de estrés estará determinado por tres factores, que han sido considerados en el estudio de funcionalidad familiar por diversos autores: de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia (18).

La cohesión en primer lugar hace referencia al grado de vinculación emocional entre los miembros del grupo familiar y además el grado de autonomía individual que puede experimentar cada persona dentro del grupo familiar, existiendo un equilibrio entre estos dos componentes para obtener un grado de cohesión saludable.

La adaptabilidad hace referencia a la habilidad del sistema familiar para modificar su estructura de poder, roles y reglas de relaciones en respuesta a una situación estresante para el grupo familiar, ya sea una crisis normativa (evolutiva) o una crisis no normativa.

Estas dos dimensiones son las principales de la funcionalidad familiar, sin embargo, existe una tercera dimensión: la comunicación, que favorece el mantenimiento óptimo de las dos dimensiones mencionadas anteriormente, es decir, cumple un rol facilitador (19).

Por lo tanto, el éxito de un grupo familiar para afrontar situaciones de estrés dependerá de la funcionalidad familiar que este posea, sin embargo, esta característica es dinámica y por lo mismo no es correcto encasillar a una familia como disfuncional. No obstante, la evaluación de los grupos familiares permite conocer oportunamente el estado de su funcionalidad familiar e identificar aquellos grupos en riesgo de disfuncionalidad, lo que posibilita actuar preventivamente en la entrega de herramientas adecuadas al grupo familiar e intervención por otros miembros del equipo multidisciplinario de salud.

1.5.2 Sintomatología depresiva

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente y caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y síntomas de tipo cognitivo como falta de concentración, por lo tanto, podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica. Puede volverse crónica y afectar el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad de afrontar la vida diaria (20).

Durante el transcurso de la vida son varios los factores sociales, psíquicos y biológicos que decretan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos AM se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los AM son más habituales las experiencias como el dolor, la nostalgia por la pérdida

de un ser querido, una disminución del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

Según la OMS, los AM con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes. Esto lleva también a aumentar las percepciones de mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria (3).

Algunos autores señalan que frecuentemente en AM la depresión se presenta de modo atípico, no cumpliendo con los criterios clínicos para depresión mayor, sin embargo, a pesar de que estos síndromes incompletos pueden impactar en el cálculo de la incidencia y prevalencia de depresión entre los AM, tienen la misma repercusión en cuanto a morbimortalidad que la depresión mayor (21).

Es importante destacar la existencia de heterogeneidad y amplitud de los síntomas relacionados con la depresión, tanto a nivel anímico, cognitivo como somático, lo que hace que exista discrepancia respecto de las características distintivas de la depresión en los AM. Es relevante mencionar que los AM con depresión, presentan frecuentemente polifarmacia, debido tanto a comorbilidades y automedicación, como a la mantención de tratamientos no necesarios, lo que puede inducir, potenciar o interferir con el tratamiento del cuadro depresivo.

Según estudios, existen notorias diferencias de síntomas depresivos entre adultos y AM, en donde la clínica en este último suele presentar más agitación psicomotora, compromiso cognitivo, delirios depresivos, ideas de pobreza y enfermedad física en relación a los menores de 60 años, en donde la depresión se asocia con una mayor tendencia a la cronicidad y/o respuesta incompleta o tardía a fármacos con un alto riesgo de recaídas y/o de evolucionar a demencia (22).

1.5.3 Modelo Circumplejo de los Sistemas Marital y Familiar (1979)

El Modelo Circumplejo de los Sistemas Marital y Familiar que fue desarrollado por Olson, Russel y Sprenkle nace como una necesidad de integrar la teoría, investigación e intervención terapéutica respecto a la medición de la funcionalidad de los sistemas.

Este modelo concibe que la dinámica familiar es integrada por tres dimensiones: la cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar. Estas dimensiones han sido consideradas coincidentemente por otros teóricos y terapeutas para el tratamiento de la pareja y familias (18).

La aplicación de este modelo permite realizar un diagnóstico relacional, en el cual es posible encontrar áreas saludables (balanceada) y problemáticas (desbalanceada) de los sistemas que estudia (23).

La cohesión familiar es definida en este modelo según dos componentes: el vínculo emocional que tienen los miembros de una familia y el nivel de autonomía individual que una persona experimenta en su propia familia (24).

Esta dimensión es representada como un continuo donde se encuentran cuatro posibles compartimentos ordenados desde máxima a mínima intensidad: Familia enredada, familia unida, familia separada, familia desprendida.

Según la hipótesis de los autores, los niveles intermedios de cohesión familiar (familias unidas y separadas) significan un mejor modo de funcionamiento familiar, más eficaz frente al estrés situacional y de cambios evolutivos normales, encontrando un equilibrio entre la unión de la familia y la autonomía de cada uno de sus integrantes. Mientras que los niveles más extremos comportan un peor funcionamiento familiar en la mayoría de las familias occidentales, y más problemático.

La cohesión familiar se ve reflejada en las fronteras y límites, las coaliciones, tiempo, espacio, amistades, tomas de decisiones e intereses y formas de recreación existentes

dentro del sistema familiar, las cuales apuntan a conocer el grado de conexión o de separación que la persona percibe en relación a su sistema familiar.

Los cuatro niveles de cohesión familiar están definidos como:

Nivel	Descripción
Familia enredada	Sobre identificación de cada miembro con la familia generando un fuerte compromiso de lealtad hacia ella, lo que conlleva una vinculación familiar muy intensa, una limitada autonomía individual y como consecuencia de esto se impide la individuación de sus miembros.
Familia unida	Existe una primacía del “nosotros” con una marcada presencia del “Yo”, una considerable unión afectiva, interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con alguna tendencia hacia la independencia.
Familia separada	Existe una primacía del “Yo” con la presencia en un nivel más bajo del “nosotros”, la unión afectiva es moderada al igual que la interdependencia entre los familiares, sin embargo, en este nivel existe una tendencia más marcada hacia la independencia.
Familia desprendida	Alto grado de autonomía, los miembros de la familia se concentran principalmente en sus tareas individuales, teniendo un apego o compromiso limitado hacia la familia.

Otra de las aristas del Modelo Circumplejo es la dimensión de adaptabilidad o flexibilidad, que se define como la magnitud de cambio en relaciones de roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia en respuesta a estrés situacional o evolutivo (18).

Esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia (24).

Los cuatro tipos adaptabilidad que se distinguen son:

Tipo	Descripción
Adaptabilidad caótica	Ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y demasiados cambios.
Adaptabilidad flexible	Liderazgo compartido, roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.
Adaptabilidad estructurada	Liderazgo a veces compartido, roles en ocasiones compartidos, cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.
Adaptabilidad rígida	Liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios

La comunicación familiar es otra dimensión importante del Modelo Circumplejo de Sistemas Marital y Familiares, que representa una variable facilitadora de cambio en las otras dos dimensiones ya mencionadas (18).

Las habilidades de comunicación positivas como la empatía, escucha activa o mensajes de apoyo, facilitan la presentación de la necesidad de cambios en el modo de funcionar en las dimensiones de adaptabilidad y cohesión. Por el contrario, las habilidades de comunicación negativas como las críticas destructivas o dobles mensajes restringen las posibilidades de desplazamientos en las otras dos dimensiones, debido a las pocas habilidades de compartir sentimientos e ideas.

Al cruzar las cuatro opciones de cada una de las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad se generan dieciséis tipos de intersecciones, que representan un tipo de familia cada una, las que son agrupadas en tres categorías: Balanceada, extrema y de rango medio.

Figura 1: Caracterización de los sistemas familiares según el nivel de cohesión y flexibilidad, basado en el modelo de Olson, Sprenkle y Russel 1979.

		COHESIÓN				
		Bajo	Moderado	Alto		
FLEXIBILIDAD	Alto ↑ Moderado ↑ Bajo	CAOTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
		FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
		ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
		RIGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Los tipos balanceados son las cuatro áreas centrales que son balanceadas en ambas dimensiones, los tipos intermedios son aquellas que son extremas en una dimensión, pero balanceadas en la otra, y los tipos familiares extremos son los que tienen puntuación extrema en ambas dimensiones.

La principal hipótesis es que ambas dimensiones se relacionan de forma curvilínea con la funcionalidad familiar. De esta forma, en las familias balanceadas (casillas centrales) se encuentra un óptimo funcionamiento familiar, mientras que la disfuncionalidad se da en aquellas familias de rangos extremos (25).

Cabe mencionar que este modelo no considera los tipos de familia como algo estático, sino dinámico y que pueden cambiar para adaptarse al estrés, variando hacia un extremo de mayor o menor cohesión y adaptabilidad.

Si bien se considera a las familias del área central con un funcionamiento familiar óptimo, las familias pueden adoptar un área más extrema, siendo funcionales para un momento determinado. Por ejemplo, frente a un duelo podría variar a una familia aglutinada para adaptarse funcionalmente a la crisis. Sin embargo, si esta nueva cohesión perdura, se cree

que podría ser problemático para uno o más miembros de la familia. Este cambio de una familia equilibrada hacia una extrema permite adaptabilidad frente a las situaciones de estrés, característica ausente en las familias extremas, que se resisten al cambio.

En cuanto a la comunicación, se cree que las familias balanceadas tendrían más habilidades positivas que las familias de los extremos, lo que contribuye a los cambios en las otras dos dimensiones para una mejor adaptabilidad (18).

1.5.4 Modelo de sistemas de Betty Neuman (1974)

Su modelo se enfoca principalmente en los efectos, reacciones y reducción de la tensión para el desarrollo y mantenimiento de la salud, donde el individuo es parte de un sistema en el que constantemente interactúa, para lograr un equilibrio interno y externo (26).

La definición de salud de un individuo, según Neuman, va a estar determinada por el significado o percepción que él entienda sobre su grado de salud o enfermedad. El ser humano constantemente está en un proceso de cambios para mantener un equilibrio, por tanto, también una estabilidad en la salud del individuo. Este ajuste u homeostasis permite mantener las necesidades de las personas, y ya que estas se pueden perder, el ser humano está constantemente en un estado dinámico y continuo. Cuando se pasa a un desequilibrio armónico, se produce la enfermedad, pudiendo generarse la muerte.

Neuman abarca el concepto de estrés, que este a su vez genera un proceso de tensión, por lo que es necesario un proceso de ajuste en el individuo, que en primer lugar debe adaptarse a la situación de estrés, independiente cual sea su causa.

La teorista trabaja con los niveles de prevención de tal forma que:

- En prevención primaria, se protege al organismo antes de que entre en contacto con algún agente estresante peligroso, de dos formas: previniendo la aparición de este factor estresante o ayudando a disminuir la reacción al estrés.

- En prevención secundaria, se intenta disminuir el efecto o la reacción estresante con un diagnóstico precoz, fortaleciendo la resistencia al factor estresante.
- En prevención terciaria, se intenta revocar los efectos residuales del estrés, devolver el bienestar a la persona, y educar acerca de la readaptación y la conservación de la estabilidad (27).

Los sustentos que Neuman considera para la creación de su modelo, se relaciona con tres áreas disciplinares: una influencia psicológica, una filosófica y una biológica. Dentro de las cuales destacan la influencia psicológica de la teoría del estrés de Hans Selye y la Situación de Crisis de Gerald Caplan, la influencia filosófica de Karl Marx y la influencia biológica de la Teoría de Sistemas de Ludwing Von Bertalanffy (26).

Se considera que esta teoría de enfermería se condice con lo planteado en esta investigación, donde la familia conforma un sistema en el que pueden encontrarse factores estresantes que a futuro pueden desencadenar un desequilibrio en la salud mental. Entonces, una buena funcionalidad familiar, estaría asociada a la mantención del equilibrio dentro del sistema familiar, y según Neuman es en el nivel primario donde se deben prevenir estos factores que participan negativamente.

1 .6 Marco Empírico

La salud de los AM es de especial interés en la actualidad debido al crecimiento de la población de este grupo etario y su proyección a futuro. Por lo mismo, su salud mental ha sido el enfoque de diversos estudios, en los cuales se ha intentado dilucidar las principales afecciones que los aquejan y los factores relacionados.

Martínez et al en diciembre del año 2009, en Morelia, capital del Estado de Michoacán, México, publicaron un estudio llamado *“Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar”*, con el objetivo de identificar si hay correlación entre disfunción familiar y depresión en AM que reciben atención médica en una Clínica de Medicina Familiar. Todos los pacientes estudiados

residían en esta ciudad y tenían 60 o más años de edad. El tamaño de la muestra se calculó en forma no probabilística. La muestra final quedó integrada por 393 AM: 208 mujeres y 185 hombres. La información fue obtenida a través de dos encuestas: el Apgar familiar para estimar funcionamiento familiar y la encuesta de Yesavage para estimar depresión geriátrica, las cuales fueron previamente validadas en la muestra problema. Además, se usó la prueba de Spearman para estudiar la correlación entre depresión y funcionamiento familiar. Como resultado la prevalencia de depresión en hombres fue 79/185 (42,7%) y en mujeres 108/208 (51,9%); la prevalencia global, considerando ambos géneros, fue 187/393 (47,6%). Entre los AM en los que no se hizo diagnóstico de depresión por la encuesta de Yesavage, 65,4% vivían en familias funcionales, 27,2% vivían en familias ligeramente disfuncionales, 3% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 4,4% en familias altamente disfuncionales. De los AM con depresión diagnosticada con la encuesta de Yesavage, 9,3% vivían en familias funcionales, 12,3% vivían en familias ligeramente disfuncionales, 22,7% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 55,7% vivían en familias altamente disfuncionales. Depresión y funcionamiento familiar mostraron una estrecha correlación: para hombres [Rho =0,574, $r^2=0,3294$, p-valor <0,01] y para mujeres [Rho =0,638, $r^2 =0,4070$, p <0,01]. Considerando ambos géneros, esta correlación fue Rho =0,608, $r^2 =0,3696$, p-valor <0,01 (28).

Zavala et al, en el año 2010, en Cárdenas, Tabasco, México, realizaron un estudio llamado "*Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos*", con el objetivo de identificar la frecuencia de depresión y disfunción familiar, y sus factores asociados, en AM urbanos de Cárdenas. Se aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage y test de APGAR familiar a 100 pacientes, en base a una muestra no probabilística por conveniencia, en la que se incluyeron a todos los sujetos que cumplieron criterios de selección, entre ellos, 60 hombres y 40 mujeres. Como resultado, el 51% percibió funcionalidad en su núcleo familiar, el 35%, disfunción moderada, y el 14% disfunción grave. En suma, la prevalencia de disfunción familiar fue del 49%, la prevalencia de depresión fue del 53%, equivalente a 53 casos, de los cuales el 64% fueron leves (34%

de la población total), y el 36%, moderados-graves (19% de la población total). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y disfunción familiar (OR = 5,54; IC 95%) (8).

Flores et al, en el año 2011, en la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México D.F, México, realizaron un estudio acerca de *“Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores”*, el objetivo del estudio fue identificar la relación de la depresión con los factores familiares y religiosos. Participaron 141 AM jubilados que residían en la Ciudad de México, entre los 60 y los 91 años, los cuales contestaron tres instrumentos: la subescala de ambiente familiar positivo de la Escala de Funcionamiento Familiar, el Inventario de Sistema de Creencias y la Escala de Depresión Geriátrica, además de un cuestionario sociodemográfico, dando como resultado que tanto la cohesión como la comunicación familiar se correlacionaron con los sentimientos antidepresivos (p-valor=0,001), y la cohesión correlacionó negativamente con los síntomas depresivos (p-valor=0,003), mientras tanto la religiosidad tuvo correlaciones cercanas a cero con la cohesión y la comunicación familiar, así como con los síntomas depresivos y los sentimientos antidepresivos (5).

Guzmán et al en febrero de 2011, publicaron un estudio llamado *“Familia y depresión en pacientes geriátricos del occidente de México”* con el objetivo de identificar la frecuencia de depresión y su asociación con la tipología familiar, en una muestra de pacientes geriátricos del occidente de México. La clasificación de tipo de familia se categorizó en: familia nuclear, familia seminuclear, familia extensa, familia compuesta, familia múltiple, familia extensa modificada y la medición de depresión se utilizó el instrumento GDS-15 en su versión abreviada de 15 preguntas. Los participantes fueron adultos mayores de 65 años y más que viven en el occidente de México y que se encuentran afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social completando una muestra de 100 pacientes entre quienes acudieron al establecimiento del estudio a solicitar consulta entre septiembre de 2007 a mayo del 2008. Se obtuvo como resultado que el 53% de los participantes presentaron algún grado de

depresión. Hubo predominio en el género femenino con 58.62%. La depresión se presentó con mayor frecuencia en los pacientes desempleados (66.6%), solteros (83.3%) (p-valor=0.001) y en el grupo de mayores de 75 años (59.3%) (p-valor= 0.027). Los pacientes pertenecientes a familias nucleares presentan menos depresión que otros tipos de familias, y la asociación entre la depresión y el pertenecer a una familia extensa tiene un OR de 3.83 (IC 95% 1.40-10.72) (29).

Carrasco et al, en el año 2011, en Santiago de Chile, publicaron un estudio llamado *“Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile”*, con el objetivo de evaluar el impacto del apoyo familiar en las quejas depresivas en los AM de la comunidad; se aplicó una encuesta a una muestra representativa de 396 adultos de 60 años y más, en donde se usó una pregunta única de depresión, la cual evaluaba si durante el último mes la persona se había sentido deprimida y se correlacionó con variables asociadas a condiciones de vida, como: autopercepción de salud, funcionalidad (física y cognitiva), autoeficacia, percepción de ingresos y con variables que evaluaban la calidad de relaciones como: composición familiar, percepción de disponibilidad de apoyo, cercanía afectiva y conflicto. Dando como resultado que un 16% de los AM refieren sentirse deprimido casi todos los días, lo que se asocia significativamente (p-valor<0,05) con una regular o mala autopercepción de la salud (23%), también con una baja percepción de la autoeficacia (22%), percepción de ingresos económicos no suficientes (23%), una negativa disponibilidad instrumental (23%) y con la presencia de relaciones conflictivas (20%). El estudio destaca el apoyo familiar, específicamente el apoyo instrumental y la ausencia de conflicto, con una importancia secundaria (30).

Velasco et al, en el año 2014, en la escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila, Unidad Torreón, México, publicaron un estudio llamado *“Depresión en el adulto mayor y factores asociados”* con el objetivo de analizar la prevalencia de depresión en los AM en una ciudad del Norte de México y los factores que se le asocian. Se entrevistaron 556 adultos mayores en población abierta, casas de retiro, centros de actividades para AM,

hospitales y consulta externa para obtener variables sociodemográficas. Se aplicaron diversas escalas (Yesavage, Katz, Escala de maltrato, Apgar familiar, Predicción de caídas, Folstein y SF36). Se obtuvo como resultado una prevalencia de depresión en dos cortes; si se toma en consideración un punto de corte de 6 puntos o más, fue de 33.27%, y si se toma en consideración solamente depresión moderada o severa (11 puntos o más) fue de 10.07%. La menor prevalencia se obtuvo en sujetos entrevistados en centros de AM o en domicilio (26.4% y 28.6% respectivamente). Los factores familiares significativos asociados fueron estar solo (p-valor=0.031), familia disfuncional (p-valor<0.001), maltrato psicológico (p-valor<0.001) y en factores de salud se consideró: dificultad en cuidado (p-valor=0.011) y ayuda insuficiente (p-valor=0.004). También se consideró factores sociales y económicos, siendo estos dos los que tienen menos expectativa de generar depresión. El coeficiente de determinación de las cuatro categorías de factores asociados fue de 0.612 (31).

Salazar et al, en el año 2015, en la ciudad de Bogotá, Colombia estudiaron la *“Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores”*. Se realizó un estudio observacional descriptivo en una muestra de 889 adultos mayores autónomos, evaluando depresión con test de depresión geriátrica de Yesavage y los factores de riesgo con la sección de acontecimientos vitales del cuestionario Predict. Como resultado, se obtuvo una prevalencia de depresión de 18.6%, siendo mayor en mujeres (20%), adultos mayores entre 70 y 79 años (18%), 22% personas dependientes económicamente, y un 43% con baja escolaridad. Además, se encontró relación entre la depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica y la muerte de un familiar o un amigo cercano en el último tiempo (32).

Moraga, en el año 2014, en la ciudad de Chillán, Chile, publicó un estudio acerca de *“Factores biopsicosociales que influyen en el funcionamiento de las familias con pacientes dependientes adscritos a los CESFAM de Chillán”*, cuyo propósito fue identificar el funcionamiento familiar (en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad), percibido por

la familia y por el familiar dependiente e identificar cómo influyen los factores psicosociales, factores de riesgo, protectores y la comunicación en este. La muestra estuvo conformada por 175 familias que vivían con uno o más familiares dependientes y que pertenecían al programa de postrados. Se aplicaron diversos instrumentos (Cuestionario biopsicosocial, FACES III, Escala de comunicación de FACES IV). Se obtuvo como resultado que el grado de comunicación familiar fue percibido como muy alto, con un porcentaje de 34,5% para la familia y 35,7% para el paciente. La percepción de funcionalidad familiar desde el punto de vista de los pacientes estuvo distribuida de la siguiente forma: El 27,9% de los pacientes participantes tuvo un funcionamiento familiar conectado-caótico, seguido del 21,4% que mostró funcionamiento familiar separado-caótico, es decir Rango medio. Un 19,5% de las familias participantes mostraron un tipo de funcionamiento familiar desligada-caótica, es decir Extremas, lo que se traduce en disfuncionalidad familiar. El 14,3% presentó tipo de funcionamiento desligada – flexible. En este estudio, la comunicación resulta ser significativa, tanto para cohesión ($p\text{-valor} < 0,001$) como para adaptabilidad ($p\text{-valor} < 0,001$), lo que permite concluir que la comunicación es un elemento que favorece la dinámica familiar. (23)

1.7 Objetivos generales y objetivos específicos

Objetivo general: Establecer la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en los AM que participan en actividades de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble.

Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas (edad, sexo, ingreso económico per cápita, nivel educacional, estado civil, tipo de familia, casa propia, trabajo) y comorbilidad de los AM participantes del estudio.
- Determinar la percepción de funcionalidad familiar de los de los AM participantes del estudio.

- Determinar la sintomatología depresiva en los AM participantes del estudio.
- Determinar la relación entre las características sociodemográficas y comorbilidad con la sintomatología depresiva en los AM participantes del estudio.
- Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en los AM participantes del estudio.

1.8 Hipótesis

A mejor funcionalidad familiar menor presencia de sintomatología depresiva en los AM participantes del estudio.

II. Métodos

2.1 Tipo de diseño

El estudio es cuantitativo, de tipo correlacional y de corte transversal.

2.2 Población de estudio

La población está conformada por AM que participan en actividades de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor, Ñuble.

2.3 Muestra

Se calculó una muestra de 95 AM, a partir de una población indefinida. Se consideró un 99% de nivel de confianza, poder de 90% y un coeficiente de correlación estimada de 0,40. Se aplicó un 10% de pérdida.

La expresión que se utilizó para calcular el tamaño muestral es:

$$n \geq \left(\frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})}{\frac{1}{2} \ln \frac{(1+r)}{1-r}} \right)^2 + 3$$

Se reemplazó, obteniendo:

$$n \geq \left[\frac{2,576 + 1,282}{\frac{1}{2} \ln \frac{1 + 0,4}{1 - 0,4}} \right]^2 + 3$$

$$n \geq 95$$

Se utilizó la técnica de muestreo no aleatorio con método consecutivo, aplicando los instrumentos a los integrantes de la institución presentes durante los días que los investigadores asistieron, hasta completar el total de la muestra.

2.4 Unidad de análisis

Adulto mayor que participa en actividades de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble.

2.5 Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión: La muestra está conformada por AM de 60 años y más, que vivan al menos con una persona.

Criterios de exclusión: Todos aquellos que presentaron deterioro cognitivo severo según puntuación del MMSE menor o igual a 13 puntos, quienes se encontraron bajo tratamiento médico por depresión (consultado en el cuestionario de antecedentes), aquellos que presentaron hipoacusia severa o habla ininteligible, y quienes no han cumplido el rol de crianza.

2.6 Listado de variables

Variable independiente:

- Funcionalidad familiar

Variable dependiente:

- Sintomatología depresiva

Variables sociodemográficas:

- Edad
- Sexo
- Ingreso económico per cápita
- Nivel Educacional
- Estado civil
- Tipo de familia
- Casa propia
- Trabajo

Variable Comorbilidad

Las definiciones conceptual y operacional de las variables se encuentran en el Anexo 1.

2.7 Descripción de instrumentos recolectores

2.7.1. Mini Prueba de estado mental (MMSE)

El test Mini-Mental State Examination (MMSE por sus siglas en inglés) fue desarrollado por Marshall Folstein en 1975, con el objeto de contar con una herramienta portátil, rápida y fácil de aplicar para la evaluación cognitiva multifuncional de pacientes geriátricos. Consta de 11 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje, con un puntaje total de 30 puntos. Tiene la ventaja de ser fácil y breve. En América Latina, el MMSE se modificó y validó en Chile para la encuesta de la OPS Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en 1999. El puntaje máximo es de 19 puntos, con un puntaje de corte de 13 puntos considerado alterado, válido para el nivel de educación medio de la población de AM en Chile en la que se validó, donde se hicieron modificaciones para disminuir el sesgo en contra de las personas analfabetas o con poco alfabetismo (Anexo 2) (33, 34,35).

2.7.2. Cuestionario de antecedentes del participante

Este cuestionario fue diseñado por los alumnos autores de esta investigación. Se recopilaron datos de distintas áreas necesarias para caracterizar la muestra. En primer lugar, se consultó sobre datos sociodemográficos tales como edad, sexo, ingreso económico per cápita, nivel educacional, estado civil, tipo de familia, casa propia, trabajo. Por otra parte, se consultaron datos clínicos dentro de los cuales se incluyen: comorbilidad, diagnóstico médico de depresión y si se encuentra en tratamiento (Anexo 3).

2.7.3 Escala de Medición de Funcionalidad Familiar FACES (Family Adaptability and Cohesion Scales)

La Escala FACES se creó a partir del Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares de Olson, Sprenkle y Russell, y ha tenido amplia difusión en el mundo académico y profesional durante los últimos años (36).

Esta Escala ha sido desarrollada en varias etapas, comenzando por la versión inicial o FACES I en el año 1980 que contaba con 111 ítems. Posteriormente la Escala FACES II fue construida para simplificar la primera versión en lenguaje más comprensible para niños o personas con dificultad de comprensión y en extensión, quedando una versión final de sólo 30 ítems. La Escala FACES III nace en respuesta a la necesidad de mejorar su confiabilidad, validez y utilidad clínica. Posteriormente nace la Escala FACES IV para integrar la medición de comunicación, la cual no había sido considerada en las versiones anteriores (17).

En el presente estudio se utilizó la Escala FACES III para la medición de dos dimensiones de la funcionalidad familiar (Adaptabilidad y Cohesión) y se integró la Escala de Comunicación del instrumento FACES IV para la medición de esta dimensión.

2.7.4.a FACES III (Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992)

Uno de los propósitos del desarrollo de esta tercera versión de las Escalas FACES, consistió en tratar de disminuir la correlación entre cohesión y adaptabilidad, en lo posible lo más cercana a cero. Este objetivo se logró, ya que la correlación entre ambas dimensiones

disminuyó desde $r = 0,65$ de la FACES II a $r = 0,03$ en la FACES III, lo que demostraba la independencia de las dimensiones. Es por esto que la Escala ha sido ampliamente utilizada, y en Chile fue validada en el año 2001, estudio en el cual se concluyó que los resultados de fiabilidad del instrumento son aceptables, con un coeficiente alpha de Cronbach estandarizado para la escala completa, según la estructura de dos factores (cohesión y adaptabilidad), de 0,55 y valores de 0.64 y 0.46 para cada uno de los factores, todos estandarizados (17).

La Escala FACES III mide dos de las dimensiones de la funcionalidad familiar: Adaptabilidad y Cohesión. Consta de 20 ítems, 10 correspondientes a cada una de las dimensiones. Cada ítem consta con una escala Likert de cinco opciones a la cual se le asignó un número de acuerdo a la frecuencia que el individuo indique en dicha afirmación (siempre= 5, casi siempre= 4, algunas veces= 3, casi nunca= 2, nunca= 1).

Según el autor del instrumento, puede ser contestado por individuos mayores de 12 años. Respectivamente la legislación chilena, especifica como criterio de mayoría de edad y de responsabilidad legal desde los 17 años de edad (23).

Para el procedimiento de puntuación, se consideran los ítems impares para calcular el puntaje correspondiente a la dimensión de cohesión, y los ítems pares para la dimensión de adaptabilidad.

En la dimensión de cohesión, los puntajes de corte para cada categoría de familia son: 35 puntos o menos: desligada; 36 puntos a 40: separada; 41 puntos a 46: conectada; 47 puntos o más: enmarañada o aglutinada.

Mientras que, para la dimensión de adaptabilidad, los puntajes son: 19 puntos o menos: rígida; 20 a 23 puntos: estructurada; 24 a 29 puntos: flexible; 30 puntos o más: caótica.

De acuerdo al puntaje obtenido se clasifica a la familia dentro de uno de los 16 tipos familiares que se consideran en el Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares,

los que se pueden reclasificar en 3 categorías de tipo familiar: Balanceada, Rango medio, Extrema. (FACES III adjunta en el Anexo 4).

2.7.4.b Escala de Comunicación Familiar de FACES IV (Olson 1991)

La cuarta versión de las Escalas FACES es la primera de estas que integra la medición de la dimensión de comunicación. Existe escasa información sobre su validación en población chilena, sin embargo, en el año 2014 las 10 preguntas de la escala de comunicación de este instrumento en inglés, se sometieron a traducción por tres expertos y posterior validación con 10 personas escogidas al azar, entre ellos adultos y AM, para así evaluar su comprensión, redacción y consignas sugeridas. Se corrigió nuevamente la redacción de los ítems en español y se procedió a la evaluación inversa realizada por docente de lengua nativa al inglés (23).

Esta Escala consta de 10 preguntas tipo Likert que va desde el 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta el 5 (Totalmente de acuerdo). Puntajes de corte se encuentran disponibles en manual de administración de FACES IV (37) (Escala de comunicación familiar de FACES IV se adjunta en Anexo 5).

2.7.5 Escala de Depresión Geriátrica GDS 15

Uno de los instrumentos más utilizados en la actualidad para medir tamizaje de depresión en los AM es la escala de depresión geriátrica “Yesavage” o también llamada GDS-15, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato sí-no. En 1986, Sheikh *et al*, desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración, ya que requiere sólo 5 a 7 minutos, lo que contribuye a reducir el efecto de fatiga o pérdida de atención característico de la población adulta mayor. Ha demostrado ser eficaz en la predicción en estado leves y moderados de depresión, está se centra en aspectos cognitivo-conductuales

relacionados con las características específicas de la depresión en los AM, excluyendo los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia (38,39).

Su versión abreviada de 15 preguntas fue adaptada al idioma español y validada por Martínez de la Iglesia et al. en el año 2002. La fiabilidad interobservador e intraobservador, medidas con el índice de kappa ponderado fue de 0,655 (p -valor $<$ 0,001) y 0,951 (p -valor $<$ 0,001) respectivamente, para un punto de corte de 5 o más. La consistencia interna alcanzó valor de 0,994. El área bajo la curva fue de 0,835. La sensibilidad alcanzada fue de 81,1% y la especificidad del 76,7% para un punto de corte de 5 o más puntos (40).

Su aplicación permite: Screening de depresión (tamizaje); evaluación de la severidad del cuadro depresivo; monitorización de la evolución de la enfermedad; monitorización de la evolución de la respuesta terapéutica.

El sentido de las preguntas de este instrumento se encuentra emplazado de forma aleatoria, para anular las tendencias a responder en un solo sentido.

Para la interpretación de esta escala, se aceptan los siguientes puntos de corte:

No depresión: 0-5 puntos; probable depresión: 6-9 puntos; depresión establecida 10-15 puntos (41)(La escala GDS- 15 se adjunta en el Anexo 6).

2.8 Procedimiento para recolección de datos

Se acudió personalmente a la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble, con el objetivo de solicitar autorización de la coordinadora del establecimiento para realizar la investigación.

En primer lugar, se realizó una Prueba piloto a 14 AM, con el fin de conocer la comprensión de cuestionarios FACES III y Escala de Comunicación familiar, tiempo promedio de aplicación de los cuestionarios, forma correcta de hacer las preguntas y entrenamiento de los alumnos investigadores.

De los AM que participan en actividades del establecimiento, se realizó una selección no probabilística, por método consecutivo.

La recolección de la información se realizó acudiendo al establecimiento durante el mes de abril en las jornadas de mañana y tarde, de lunes a viernes.

A los AM que accedieron a participar de la investigación, se le entregó el consentimiento informado que acreditó su participación voluntaria, el cual fue firmado en dos copias, una para los investigadores y otra para el participante (Anexo 7).

Posteriormente se evaluó el deterioro cognitivo con el instrumento MMSE, el que fue aplicado por los investigadores y contestado de forma verbal y de manera individual por todos los AM seleccionados. Luego cada AM contestó de forma autoaplicada y con supervisión de los investigadores el cuestionario de antecedentes, la Escala de Funcionalidad familiar (FACES III), la Escala de Comunicación de FACES IV y la Escala GDS-15.

2.9 Aspectos éticos

Todos los participantes de este estudio firmaron un consentimiento informado autorizando las medidas propuestas por los investigadores, previa cautela de los principios de voluntariedad, confidencialidad, información y la libertad de decisión que implica el derecho a retirarse sin esperar perjuicio ni perder la condición de integrante de la casa de encuentro del adulto mayor de Ñuble. No hubo manipulación de los participantes en el estudio, siendo el proceso una valoración a través de cuestionarios, aspectos que no atentaron contra la integridad tanto física y mental de las personas. Todos estos principios están previamente cautelados según la legislación chilena vigente en el artículo 11 de la ley 20.120, declaración de Helsinki e informe Belmont.

El proyecto de la investigación fue previamente aprobado por el Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío- Bío (Anexo 8), y posteriormente se otorgaron las

facilidades para la realización de la toma de datos en la Casa de Encuentro del Adulto mayor por su coordinadora (Anexo 9).

2.10 Procesamiento de los datos

La descripción de las variables involucradas en este estudio fue con frecuencia absoluta y porcentaje.

Con el objetivo de probar la hipótesis de estudio, se aplicó la prueba de independencia de χ^2 , bajo el supuesto que más del 20 % de las celdas presentasen una frecuencia esperada de mayor a 5. Si el supuesto anterior no se cumple, y el tamaño de muestra lo permitiese ($n > 30$), el p-valor de la prueba de χ^2 fue ajustado con el método de simulación Montecarlo. El nivel de significación que se utilizó fue de 0,05.

Para aquellas variables cuya intersección dio una tabla de dos casillas verticales y dos horizontales, y no cumplieron la frecuencia de 5 para más del 20% de las celdas, se utilizó la prueba estadística exacta de Fisher. El nivel de significación que se utilizó fue de 0,05.

Para gestión de los datos fue utilizado el paquete estadístico SPSS, versión 15 en español.

III. 3.1 Resultados

La muestra estuvo conformada por 96 AM que asisten a actividades de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble. En la Tabla 1-A, se observa las características sociodemográficas de la muestra estudiada, en la cual un 45,83% fluctúan entre 70 y 79 años de edad, siendo 88,54% mujeres, 41,67% se encuentran en el IV quintil y un 45,83% posee estudios medios.

Tabla 1-A. Distribución de los participantes del estudio según sus características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	n=96	%
Edad (años)		
60 – 69	37	38,54
70 – 79	44	45,83
80 y +	15	15,63
Sexo		
Hombre	11	11,46
Mujer	85	88,54
Ingreso económico per cápita		
< \$74.969	9	9,37
\$74.970- \$125.558.	14	14,58
\$125.559- \$193.104.	13	13,54
\$193.105- \$352.743	40	41,67
\$352.744 y más.	17	17,71
No informado	3	3,13
Nivel Educativo		
Sin estudios formales	1	1,04
Estudios básicos	11	11,46
Estudios medios	44	45,83
Estudios superiores	40	41,67

La Tabla 1-B se observa que de los AM estudiados el 58,33% son casados, el 48,96% conforman una familia nuclear, el 90,63% posee casa propia y un 88,54% no trabaja.

Tabla 1-B. Distribución de los participantes del estudio según sus características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	n=96	%
Estado Civil		
Soltero	10	10,42
Casado	56	58,33
Viudo	26	27,08
Divorciado	3	3,13
Conviviente civil	0	-
No informado	1	1,04
Tipo de familia		
Nuclear	47	48,96
Extensa o consanguínea	25	26,04
Monoparental	19	19,79
Ensamblada	3	3,13
No informado	2	2,08
Casa propia		
Sí	87	90,63
No	8	8,33
No informado	1	1,04
Trabajo		
Sí	10	10,42
No	85	88,54
No informado	1	1,04

La Tabla 2 muestra que el 52,08% de los AM participantes del estudio presentan comorbilidad.

Tabla 2. Distribución de los participantes del estudio según presencia de comorbilidad

Comorbilidad	n	%
Sí	50	52,08
No	46	47,92
Total	96	100,0

La Tabla 3 muestra que un 54,17% pertenecen al tipo de familia de rango medio según su percepción de funcionalidad familiar, de acuerdo al FACES III.

Tabla 3. Distribución de los tipos de familia de los participantes del estudio según su percepción de funcionalidad familiar de acuerdo al FACES III

Tipo de familia	n	%
Extremo	19	19,79
Rango medio	52	54,17
Balanceada	25	26,04
Total	96	100,0

La Tabla 4 muestra que un 60,42% de los AM participantes del estudio, posee un muy alto grado de comunicación familiar, según FACES IV.

Tabla 4. Distribución de los participantes del estudio según su percepción de comunicación familiar de acuerdo al FACES IV

Comunicación Familiar	N	%
Muy bajo	6	6,25
Bajo	2	2,08
Moderado	11	11,46
Alto	19	19,79
Muy alto	58	60,42
Total	96	100,00

La Tabla 5 muestra que un 89,58% de los AM estudiados no presenta depresión, de acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación de GDS- 15.

Tabla 5. Distribución de la sintomatología depresiva de los participantes del estudio, según GDS-15

Sintomatología depresiva	N	%
No depresión	86	89,58
Probable depresión	10	10,42
Depresión establecida	0	-
Total	96	100,0

La Tabla 6-A, muestra que las características sociodemográficas: edad, sexo, ingreso económico per cápita y nivel educacional, no tienen relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva. De los participantes del estudio que no presentan depresión, 46,51% corresponde a edades entre los 70 y 79 años, siendo 89,53% mujeres, 43,37% pertenecen al IV Quintil según su Ingreso Socioeconómico, y 46,51% presenta estudios medios.

Tabla 6-A Distribución de los participantes del estudio según la relación entre la sintomatología depresiva de acuerdo con GDS- 15 y sus características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Sintomatología depresiva		p-valor*
	No depresión (n= 86)	Probable depresión (n= 10)	
Edad (años)			0,784*
60 – 69	33 (38,37%)	4 (40,00%)	
70 -79	40 (46,51%)	4 (40,00%)	
80 y +	13 (15,12%)	2 (20,00%)	
Sexo			1,000**
Hombre	9 (10,47%)	2 (20,00%)	
Mujer	77 (89,53%)	8 (80,00%)	
Ingreso económico per cápita			0,807*
< \$74.969	7 (8,43%)	2 (20,00%)	
\$74.970- \$125.558.	12 (14,46%)	2 (20,00%)	
\$125.559- \$193.104.	12 (14,46%)	1 (10,00%)	
\$193.105- \$352.743	36 (43,37%)	4 (40,00%)	
\$352.744 y más.	16 (19,28%)	1 (10,00%)	
Nivel Educacional			0,532*
Sin estudios formales	1 (1,16%)	-	
Estudios básicos	9 (10,47%)	2 (20,00%)	
Estudios medios	40 (46,51%)	4 (40,00%)	
Estudios superiores	36 (41,86%)	4 (40,00%)	

*Prueba de Ji², ajustado con método de Monte Carlo; **Prueba estadística exacta de Fisher

La Tabla 6-B, muestra que las características sociodemográficas: estado civil, tipo de familia, casa propia y trabajo, no tienen relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva. Se evidencia que de los participantes del estudio que no presentan depresión, 59,30% es casado, el 47,62% conforman una familia nuclear, el 92,94% posee casa propia y 88,24% no trabaja.

Tabla 6-B. Distribución de los participantes del estudio según la relación entre la sintomatología depresiva de acuerdo con GDS- 15 y sus características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Sintomatología depresiva		p-valor*
	No depresión (n=86)	Probable depresión (n=10)	
Estado civil			0,481*
Soltero	10 (11,63%)	-	
Casado	51 (59,30%)	5 (55,56%)	
Viudo	22 (25,58%)	4 (44,44%)	
Divorciado	3 (3,49%)	-	
Conviviente civil	-	-	
Tipo de familia			0,590*
Nuclear	40 (47,62%)	7 (70,00%)	
Extensa o consanguínea	23 (27,38%)	2 (20,00%)	
Monoparental	18 (21,43%)	1 (10,00%)	
Ensamblada	3 (3,57%)	-	
Casa propia			0,198**
Si	79 (92,94%)	8 (80,00%)	
No	6 (7,06%)	2 (20,00%)	
Trabajo			0,593**
Si	10 (11,76)	-	
No	75 (88,24%)	10 (100,0%)	

* Prueba de Ji2, ajustado con método de Monte Carlo; **Prueba estadística exacta de Fisher

La Tabla 7, muestra que comorbilidad, no tiene relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva. Los participantes del estudio que no tienen depresión un 51,16% presenta comorbilidad.

Tabla 7. Distribución de los participantes del estudio según la relación entre Sintomatología depresiva de acuerdo a GDS- 15 y la presencia de Comorbilidad

Comorbilidad	Sintomatología depresiva		Total
	No depresión	Probable depresión	
Sí	44 (51,16%)	6 (60,00%)	50 (52,08)
No	42 (48,84%)	4 (40,00%)	46 (47,92)
Total	86 (100.00%)	10 (100,00%)	96 (100,00%)

Prueba estadística exacta de Fisher: p-valor = 0,363

La Tabla 8, muestra que la funcionalidad familiar: Balanceada, Rango medio, Extrema, no tienen relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva. Los participantes del estudio que no presentan depresión, un 52,33% se categorizan en un tipo de familia de Rango medio según su percepción de funcionalidad familiar.

Tabla 8. Distribución de los participantes del estudio según la relación entre Sintomatología Depresiva de acuerdo a GDS-15 y el Tipo de familia según su percepción de Funcionalidad familiar de acuerdo a FACES III

Funcionalidad familiar	Sintomatología depresiva		Total
	No depresión	Probable depresión	
Balanceada	23 (26,74%)	2 (20,00%)	25 (26,04%)
Rango medio	45 (52,33%)	7 (70,00%)	52 (54,17%)
Extrema	18 (20,93%)	1 (10,00%)	19 (19,79%)
Total	86 (100,00%)	10 (100,00%)	96 (100,00%)

Prueba de Ji², ajustado con método de Monte Carlo: p-valor = 0,624

La Tabla 9 muestra que la comunicación familiar: Muy bajo-Bajo, Moderado, Alto-Muy alto, tiene relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva. De los AM participantes del estudio que no presentan depresión, el 81,40% posee un Alto-Muy alto grado de comunicación familiar.

Tabla 9. Distribución de los participantes del estudio según la relación entre Sintomatología Depresiva de acuerdo a GDS-15 y el grado de Comunicación familiar de acuerdo a FACES IV

Comunicación Familiar	Sintomatología depresiva		Total
	No depresión	Probable depresión	
Muy bajo – Bajo	5 (5,81%)	3 (30,00%)	8 (8,33%)
Moderado	11 (12,79%)	-	11 (11,46%)
Alto – Muy alto	70 (81,40%)	7 (70,00%)	77 (80,21%)
Total	86 (100,00%)	10 (100,00%)	96 (100,00%)

Prueba de Ji², p-valor = 0,021

IV. 4.1 Discusión

El envejecimiento demográfico es un acontecimiento a nivel mundial que implica una mayor demanda en los servicios de salud, ya que el grupo de personas mayores a 60 años presenta tasas más altas de morbilidad y discapacidad. Dentro de las patologías psiquiátricas más frecuentes de este grupo de población está la depresión, que conlleva a un alza en la morbimortalidad, disminuye la calidad de vida e incrementa los costos asociados al cuidado de la salud.

El funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en alguno de sus miembros. Aunque la familia puede ser la principal fuente de apoyo del individuo, esta también puede generar grado de insatisfacción si es que los vínculos no están presentes o la funcionalidad es conflictiva (42).

Esta investigación planteó la necesidad de relacionar la funcionalidad familiar con la sintomatología depresiva en AM que asisten a actividades de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble, durante el primer semestre del 2017.

Respecto al perfil sociodemográfico de la muestra estudiada, el 45,83% se encontró entre las edades de 70 y 79 años. Este valor es mayor que la estadística a nivel nacional informada por la Encuesta CASEN 2013, en la cual un 31,56% corresponde a dicho tramo de edad (43).

En la variable sexo se destacó que el 88,54% de la muestra estuvo conformada por mujeres, lo que está por sobre los porcentajes de adultos mayores mujeres a nivel nacional (57,3%) y regional (53,5%) informados por SENAMA en 2013. Esta diferencia puede deberse a que la muestra de este estudio fue obtenida de las diferentes actividades que se agrupan en la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble, las cuales en su mayoría tienen un enfoque concebido socialmente como femenino, tales como cocina, bordado, yoga, baile entretenido, pintura, entre otros (44).

En cuanto al ingreso económico per cápita la mayoría de la muestra se categorizó en el IV Quintil, con un 41,67%, lo que no concuerda con los datos informados para este quintil a

nivel regional (22,8%) y nacional (21,2%) por el SENAMA en Julio de 2013. En dicho informe se expone que la mayor parte de la población adulta mayor se encuentra en dicho quintil de ingreso socioeconómico, sin embargo, el porcentaje es mayor en la muestra estudiada probablemente debido a que en la institución de donde se extrajo la muestra se requiere pagar cuotas regularmente para ser miembro activo, por lo que se necesita un mayor ingreso económico para ser parte de esta (44).

Por otra parte, el nivel educacional de la muestra estudiada fue en su mayoría Educación Media (45,83%), lo que es mayor a los datos entregados por el SENAMA en 2013, en el cual se indica que de la población adulta mayor un 21,9% a nivel regional y un 30,9% a nivel nacional posee estudios medios. Esta realidad podría estar justificada por lo expuesto anteriormente relacionado al Ingreso económico per cápita (44).

Los participantes del estudio en su mayoría son casados (58,33%), lo que es cercano a los datos entregados por la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez del 2016, en la cual se expone que el 50,4% de los adultos mayores en Chile están casados (45).

Por otra parte, 48,96% de las familias que conforman los participantes del estudio son de tipo nuclear, lo que se encuentra bajo los porcentajes de la Encuesta CASEN de 2011, en la cual se expone que el 71,7% de los hogares en los que vive un AM, lo constituyen familias nucleares (46).

En cuanto a la propiedad de vivienda, el 90,63% de la muestra estudiada posee casa propia, lo que es similar al 85,3% reportado a nivel nacional por el SENAMA en 2013 (44).

El 88,54% de los participantes del estudio manifestaron no trabajar actualmente. Este porcentaje es mayor al reportado en la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez de 2016, en la cual se informa que un 67,6% de los AM de Chile no trabajan (46).

La comorbilidad en los AM participantes del estudio ascendió a 52,08%, lo que es menor al porcentaje informado por la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) de 2015- 2016,

en el cual se informa que un 70% de las personas mayores a 65 años presentan 2 o más enfermedades crónicas (6).

En lo que respecta a funcionalidad familiar, los participantes del estudio que perciben a su familia dentro de un rango extremo (considerado disfuncional) corresponden al 19,79%, 54,17% dentro de un rango medio (disfuncionalidad moderada) y balanceada (funcionalidad óptima) en un 26,04% según la escala FACES III, lo que es discordante con los resultados del estudio realizado por Acuña et al, en donde la percepción de buena funcionalidad fue de un 77,5%, disfuncionalidad moderada un 13,7% y disfuncionalidad severa un 8,8% medido a través del APGAR familiar en AM (9).

La medición de comunicación familiar (tercera dimensión de la funcionalidad familiar) de los participantes del estudio se agrupa mayormente en un grado Muy alto con un 60,42%, lo que es mayor a los resultados reportados por Moraga, donde la percepción de comunicación familiar en su mayoría estuvo representada por un grado Muy alto, con un 34,5% a nivel familiar y 35,7% a nivel de paciente dependiente. Cabe mencionar que el estudio con que se comparan los resultados fue realizado en 175 familias con pacientes dependientes, ya que no se encontró literatura actual que midiera esta variable en AM activos (23).

De acuerdo a la sintomatología depresiva medida con GDS-15, los sujetos del estudio se distribuyeron en: 89,58% no presentó depresión, un 10,42% obtuvo probable depresión y ningún participante presentó depresión establecida, resultados que se alejan de los publicados por Zavala et al, que reportó un 47% sin depresión, 34% depresión leve y 19% moderada-grave en AM, midiendo esta variable con el mismo instrumento (8).

El nulo porcentaje de participantes con depresión establecida en este grupo, se puede relacionar en primer lugar a uno de los criterios de exclusión planteados en esta investigación: depresión bajo tratamiento médico. Sin embargo, después de aplicar este criterio, se esperaba la presencia de casos no diagnosticados de depresión en la muestra,

los cuales probablemente no se presentaron debido al efecto protector de la participación social, el cual ha sido demostrado en el estudio de Segura et al, donde plantea que una baja participación en actividades comunitarias se asocia a riesgo de padecer depresión (OR:1,9;IC:95%) (7).

Por otra parte, el tamaño muestral de esta investigación puede influir en la ausencia de depresión establecida, ya que no permitió que se expresaran los niveles de incidencia de esta enfermedad existentes en la población general.

Al cruzar las variables edad y sintomatología depresiva, los menores de 79 años que no presentaron depresión constituyen el 84.88%, no existiendo una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, resultados acordes a los presentados por Carrasco et al, en los que el grupo de edad no se relacionó con quejas depresivas (p-valor>0,1), la cual fue medida con la pregunta “¿durante el último mes se ha sentido casi todos los días deprimido?” (30).

La variable sexo no obtuvo una relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva, principalmente debido a que la muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres. Estos resultados son acordes a los publicados por Segura et al, donde la variable sexo no estuvo relacionado al riesgo de depresión (p-valor= 0,66), medido con GDS-15 al igual que en este estudio (7).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ingreso económico per cápita y sintomatología depresiva, ya que sólo un 4,17% de la muestra estudiada se encontraron en el primer o segundo quintil y presentaron probable depresión; este mismo porcentaje se atribuyó a personas del cuarto quintil con probable depresión. Los resultados obtenidos difieren con el estudio realizado por Carrasco et al, en donde la percepción de insuficiencia de ingreso económico se relacionó con la presencia de quejas depresivas (Chi-cuadrado significativo al nivel 0,01). Cabe señalar que, en este último estudio, el ingreso económico fue medido con la pregunta “¿Le alcanza para satisfacer sus necesidades?”, y las

quejas depresivas medidas a partir de si durante el último mes la persona se ha sentido casi todos los días deprimida (30).

En relación al nivel educacional y estado civil no se encontró asociación significativa con la sintomatología depresiva, ya que el 89,58 % de los participantes no presentaron depresión independiente de su nivel educacional, y el 90,53% de los participantes no presentó depresión independiente de su estado civil ; lo que es discordante con el estudio realizado por Zavala et al, donde se encontró que una baja escolaridad (OR:4,68; IC: 1,41-15,60) y un estado civil no unido (OR: 1,53; IC: 0,42-5,58) desempeña un papel importante en el desarrollo de depresión en el AM (8).

Continuando con el análisis de estado civil, de los participantes solteros y divorciados un 15,12% de la muestra no tenían depresión, lo que difiere del estudio realizado por Flores et al, donde se obtuvo que la mayor proporción de la muestra con depresión eran separados o divorciados (5).

Al asociar las variables tipo de familia y sintomatología depresiva, no se encontró relación estadísticamente significativa ya que el 47,62% pertenece a familia nuclear y no presenta depresión, sin embargo, este mismo tipo de familia es el que se asoció a mayor cantidad de participantes con probable depresión (70%). Estos resultados discrepan con los encontrados por Guzmán et al, quienes reportaron una relación estadísticamente significativa al comparar el tipo de familia nuclear y familia extensa, con la no presencia de depresión, con un OR de 0.26 (IC 95% 0.09-0.72) p- valor= 0.003, lo que sugiere que la familia nuclear sería un factor protector para la presencia de depresión, mientras que la familia extensa estaría asociado como factor de riesgo para la presencia de esta enfermedad (29).

En lo que respecta a la relación entre las variables casa propia y sintomatología depresiva, el 83,14% de la muestra corresponde a AM que tienen casa propia y no tienen depresión, asociación que no fue estadísticamente significativa (p-valor=0,198). No se han encontrado

antecedentes bibliográficos donde se haya estimado la asociación entre casa propia y sintomatología depresiva en poblaciones geriátricas, sin embargo, ha sido considerado el desarraigo de bienes materiales como un factor precipitante de la depresión en adultos mayores institucionalizados (47).

Al asociar trabajo con sintomatología depresiva, no hubo presencia de participantes trabajadores con sintomatología depresiva ni probable depresión, no encontrándose una relación estadísticamente significativa entre ambas variables (p -valor= 0,593). Además, un 11,76% de los participantes que no trabajan presentaron probable depresión; lo que es semejante a los valores planteados por Salazar et al, donde la prevalencia de depresión en personas que no trabajaban fue de un 19%, no encontrando una relación estadísticamente significativa (p -valor > 0.05) (32).

No se presentó una asociación estadísticamente significativa entre comorbilidad y sintomatología depresiva, siendo un 51,16% de los participantes del estudio los que presentaron comorbilidad y no depresión, lo que es concordante con el estudio realizado por Zavala et al, donde no hubo asociación entre comorbilidad y sintomatología depresiva (OR: 1,31; IC: 0,50-3,45) (8).

En lo que respecta a las variables de estudio funcionalidad familiar y sintomatología depresiva no presentaron una relación estadísticamente significativa, siendo sólo un 10% de la población la que presentó probable depresión y se encontró categorizada en un tipo de familia extrema según su percepción de funcionalidad familiar, mientras que un 90% se asoció a un tipo de familia balanceada o rango medio. Estos resultados se contraponen con diferentes estudios realizados en población latinoamericana por Velasco et al y Martínez et al, en los cuales hay una asociación significativa entre depresión y familia disfuncional (OR: 4,25; IC: 2,72 - 6,64, para el primer estudio y Rho: 0,608; r^2 :0,3696, para el segundo estudio), siendo la familia disfuncional un factor de riesgo para la presencia de depresión en AM, ambos estudios utilizaron APGAR familiar para medir esta variable (31,28).

Al analizar la relación entre comunicación familiar y sintomatología depresiva, se obtuvo que hubo una relación estadísticamente significativa (p -valor: 0,021). De esta forma, la no presencia de depresión se asocia a un grado Muy bajo- Bajo de comunicación familiar en un 5,81%, a grado Moderado en un 12,79%, y a un grado Alto - Muy alto de comunicación familiar en un 81,40%. Este resultado es concordante con los expuestos por Flores et al, que plantea que la inmersión en un ambiente familiar comunicativo se asocia a sentimientos antidepresivos en los ancianos (p -valor: 0,013); cabe destacar que este último estudio midió la Comunicación Familiar con la Subescala de ambiente familiar positivo de la Escala de Funcionamiento Familiar (5).

Se considera que la participación social de la muestra estudiada favorece la adquisición de herramientas comunicativas y por ende permite desarrollarlas dentro del grupo familiar potenciando así una buena comunicación entre los miembros, lo que conlleva a mejorar la salud mental de los adultos mayores. Esta relación ha sido demostrada en el estudio realizado por Flores et al, en el que se concluye una correlación positiva intensa entre habilidades sociales y la comunicación interpersonal (48).

4.2 Limitaciones

Los resultados de la investigación no pueden ser generalizados a la población adulta mayor debido a que la muestra fue obtenida de un grupo cerrado de población y el método de selección de esta fue no aleatorio.

El porcentaje de pérdidas de la muestra estuvo sobre lo esperado, debido a que 57 AM encuestados cumplieron los criterios de exclusión, principalmente debido a que viven solos, no cumplen el rol de crianza, y algunos tienen diagnóstico de depresión.

El instrumento FACES III presentó problemas para su aplicación, asociados a la comprensión en cuanto a su redacción y extensión (20 preguntas), lo que supone una dificultad en el grupo etario estudiado y posible percibir confusión en aquellos que ya no viven con sus hijos o han dejado el rol de crianza hace muchos años.

Escasa literatura relacionada con el uso de los instrumentos utilizados en esta investigación, tanto a nivel nacional como internacional, en AM.

4.3 Sugerencias

Para continuar el estudio de estas variables en la población adulto mayor se recomienda:

- Estudiar la asociación entre sintomatología depresiva y funcionalidad familiar con AM de población urbana de todo nivel socioeconómico, incluyendo a aquellos que no participan en actividades de participación social, con el fin de poder conocer la realidad de este grupo etario en la población de Chillán.
- La utilización del instrumento FACES III para el estudio de funcionalidad familiar en familias que se encuentran cumpliendo el rol de crianza actualmente.
- Validar FACES IV en Chile, ya que está mejor diseñado para medir el funcionamiento familiar, al incluir más dimensiones de esta, brindando mayor confiabilidad al momento de dar atención al usuario y su familia.

4.4 Conclusión

De las características sociodemográficas y clínica de la muestra estudiada, destaca que estuvo conformada en su mayoría por mujeres (88,54%), de entre 70 y 79 años (45,83%), que pertenecen al IV quintil de ingreso económico per cápita (41,67%), con estudios medios (45,83%), casadas (58,33%), pertenecientes a una familia de estructura nuclear (48,96%), poseen casa propia (90,63%), no trabajan (88,54%) y más de la mitad presenta comorbilidad (52,0%). Conforme a los resultados obtenidos en esta investigación, las variables sociodemográficas y comorbilidad no se relacionan significativamente con la sintomatología depresiva en los AM participantes del estudio.

En cuanto a la sintomatología depresiva de la muestra estudiada, un 89,58% no presenta depresión, lo que puede estar influenciado por la participación social de los integrantes, tanto en grupos de actividad física, artísticos, educativos, entre otros.

El funcionamiento familiar de los AM estudiados se clasificó en un 54,17% dentro de rango medio. Esto revela que las dimensiones que lo componen: cohesión y adaptabilidad, presentan una categorización de tipo extrema en una y balanceada en la otra, lo que se traduce en un regular funcionamiento familiar ante una situación estresante o cambios evolutivos para la familia. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en los AM participantes, rechazando la hipótesis de estudio (p - valor: 0,624).

Comunicación familiar se considera una dimensión facilitadora para las otras dimensiones mencionadas por el Modelo Circumplejo de los Sistemas Marital y Familiar. La muestra estudiada se categorizó en un 80,21% dentro del grado Muy alto- Alto, y se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre comunicación familiar y sintomatología depresiva (p - valor: 0,021), lo que es positivo ya que una buena comunicación dentro de la familia, que incluye escucha activa, empatía y mensajes de apoyo, podría ser un factor protector ante esta enfermedad en AM.

Los resultados de esta investigación se vuelven fundamentales para la práctica de enfermería, potenciando el énfasis en la comunicación familiar para una intervención basada en un enfoque preventivo y desde la perspectiva del Modelo de Salud Familiar. De esta manera se puede participar activamente en el cuidado de la salud mental de los AM, educando y otorgando herramientas de comunicación efectiva que permitan mantener o aumentar la comunicación dentro de la familia, y así prevenir una patología que va en aumento en la población nacional y mundial, sobre todo en este grupo etario.

V. Bibliografía

- 1) Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. [Internet]; 2012 [Acceso 28 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>.
- 2) Banco Mundial. Tasa de mortalidad, bebés (por cada 1.000 nacidos vivos). [Internet].; 2011 [Acceso 24 octubre 2016]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?end=2015&start=1960&view=chart>.
- 3) Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. [Internet].; 2016 [Acceso 26 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- 4) Instituto Nacional de Estadísticas. País y regiones total: actualización población 2002-2012 y proyecciones 2013- 2020. Santiago, 2014.
- 5) Flores Pacheco S, Huerta Ramírez Y, Herrera Ramos O, Alonso Vásquez O. Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. JBHSI. 2012 abril; 3(2).
- 6) Ministerio de Salud. Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016. [Internet].; 2017 [Acceso 25 mayo 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>
- 7) Segura Cardona A, Cardona Arango D, Segura Cardona Á, Garzón Duque M. Riesgo de Depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquía, Colombia. 2012. Rev. salud pública. 2015 diciembre; 17(2).
- 8) M.A. Zavala-González, G. Domínguez-Sosa. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. [Revista en Internet].2010. [Acceso 20 octubre 2016]; 2 (1) [41-48]
- 9) Acuña Rodríguez I, Barrios Soto Y, Martínez Parra N, Taborda Pereira E, Vargas Verbel G. Percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de los centros de vida de la

ciudad de Cartagena. Trabajo para optar al título de Enfermero. Cartagena: Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería; 2015.

10) Estrada Restrepo A, Cardona Arango D, Segura Cardona Á, Ordonez Molina J, Osorio Gómez J, Chavarriaga Maya L. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica. 2013 enero; 12(1).

11) Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN 2013. [Internet]. [Acceso 07 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/resultados-encuesta-casen-2013/>

12) Instituto Nacional de Estadísticas. CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País Período de Información: 1950-2050. [Internet]. [Acceso 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php

13) Servicio Nacional del Adulto Mayor. Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez [Internet]. 2009. [Acceso 20 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_de_safios_2.pdf

14) Alejandro Guadalupe Saavedra-González, Santa Lucía Rangel-Torres, Ángel García-de León, Arturo Duarte-Ortuño, Yadira Esmeralda Bello-Hernández, Adriana Infante-Sandoval. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Aten fam. 2016; 23 (1) [24-28]

15) Organización Panamericana de la Salud. La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050, se requieren importantes cambios sociales. [Internet].; 2015 [Acceso 2016 octubre 29]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302%3Aw

[orld-population-over-60-to-double-2050&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es.](#)

16) Instituto Nacional de Estadísticas. Catastro de Población adulta mayor. [Internet]; 2003 [Acceso 2016 noviembre 03]. Disponible en: <http://www.ine.cl/docs/default-source/sociales/adultos-mayores/mayorescenso2002.pdf?sfvrsn=6>

17) Zegers B, Larraín E, Polaino- Lorente A, Trapp A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Rusell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2003 enero; 41(1).

18) Polaino Lorente A, Martínez Cano. Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia. 2a ed. Madrid: Rialp; 1998.

19) Casasa García, Ramírez Díaz, Guillén Velasco RdC. Salud familiar y enfermería Ciudad de México: El Manual Moderno; 2016

20) Organización Mundial de la Salud. La depresión [Internet]. 2016 [acceso 24 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

21) Dechent R. C. Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2008; 19(339-46).

22) Ministerio De Salud. Depresión en personas de 15 años y más [internet]. Chile. 2013. [acceso 15 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

23) Moraga Jaramillo G. Factores biopsicosociales que influyen en el funcionamiento de las familias con pacientes dependientes adscritos a los CESFAM de Chillán. Tesis para optar al grado de magíster en Enfermería. Chillán: Universidad de Concepción, Departamento de Enfermería; 2014.

- 24) Olson D, Russell C, Sprenkle D. Circumplex Model of Marital and Family Systems: VI. Theoretical Update. *Family Process*. 1983 marzo; 22(1).
- 25) Garrido G, Palma C. ¿Dónde está la disfuncionalidad? Estudio comparativo de la percepción de funcionamiento familiar entre familias ensambladas y familias nucleares de la ciudad de Chillán. Tesis para optar al grado de Psicólogo. Chillán: Universidad del Bío Bío, Escuela de Psicología; 2011.
- 26) Romero Herrera G, Flores Zamora E, Cárdenas Sánchez P, Ostiguín Meléndez R. Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman. *Rev.Enfer Univ ENEO-UNAM*. 2007 abril; 4(1).
- 27) Reed K. *Betty Neuman: The Neuman Systems Model*. Newbury Park: SAGE Publications; 1993.
- 28) Martínez Piñón A, Pastrana Guanaco E, Rodríguez Orozco A, Gómez Alonso C. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev. Méd. Chile*. 2009 diciembre; 137(12)
- 29) Guzmán Pantoja J, Gutiérrez Román E, García Figueroa, Valadez Toscano F. Familia y depresión en pacientes geriátricos del occidente de México. *MPA e-Journal de Med.Fam. & At. Prim*. 2011 febrero; 4(2-3).
- 30) Carrasco M, Herrera S, Fernández B, Barros C. Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. *Rev. Esp. Geriatr Gerontol*. 2013 febrero; 48(1).
- 31) Velasco Rodríguez V, Contreras Corona R, Alemán Amezcua J, Rodríguez Martínez C, Córdova Estrada S, Suárez Alemán G. Depresión en el adulto mayor y factores relacionados. *Interpsiquis*. 2014 febrero

- 32) Salazar A, Reyes M, Plata S, Galvis P, Motalvo C, Sánchez E, et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb*. 2015 abril; 31(2)
- 33) González Hernández J, Aguilar L, Oporto S, Araneda L, Vásquez M, Bernhardt R. Normalización del Minimental State Examination según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. *Rev. memoriza.com*. 2009; 3(23-34).
- 34) Delgado C, Salinas P. Evaluación de las alteraciones cognitivas en adultos mayores. *Rev Hosp Clín Univ. Chile*. 2009; 20(244- 51)
- 35) Icaza M, Albala C. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de demencia en Chile: Análisis Estadístico. Documento Técnico. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud, Coordinación de Investigación, División de salud y desarrollo humano; 1999.
- 36) Schmidt, Barreyro JP, Barreyro JP. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*. 2010; 3(2)
- 37) Olson D, Gorall D, Tiesel J. FACES IV Package. 2006. Administration Manual.
- 38) Martí D, Miralles R, Llorach I, García P, Esperanza A, Guillén J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35(1):7-14.
- 39) Gómez Angulo C, Campo Arias A. Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS- 15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ. Psychol*. 2011 diciembre; 10(3).
- 40) Martínez De la Iglesia J, Onis Vilches C, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el

despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM. 2002 diciembre; 12(10)

41) Salazar C, Villar CS. Evaluación neuropsicológica e intervención en demencias: la enfermedad de Alzheimer: CAAP- formación; 2007.

42) Suárez S. E. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología. Santiago: Universidad de Chile, Departamento de Psicología; 2013.

43) Ministerio de Salud. Casen 2013. Adultos Mayores. Síntesis de Resultados. [Internet]. Santiago; 2015 [Acceso 20 mayo 2017]. Disponible en:http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf.

44) Servicio Nacional del Adulto Mayor. Indicadores sociodemográficos de las personas mayores a nivel territorial. [Internet]. Santiago; 2013 [Acceso 20 mayo 2017]. Disponible en:<http://www.senama.cl/filesapp/boletin%20Unidad%20de%20EstudiosOK.pdf>.

45) Pontificia Universidad Católica de Chile- Caja los Andes. Chile y sus mayores. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la vejez. [Internet].; 2017 [Acceso 04 abril 2017]. Disponible en:http://adultomayor.uc.cl/docs/Libro_CHILE_Y_SUS_MAYORES_2016.pdf.

46) Ministerio de desarrollo social. Mujer y Familia Casen 2011. [Internet].; 2011 [Acceso 23 mayo 2017]. Disponible en:http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/RESULTADOS_Mujer_y_Familia.pdf.

47) Quintero Echeverri Á. Relación entre depresión y lenguaje en adultos mayores. Trabajo de grado para optar por el título de psicóloga. Medellín: Universidad de Antioquía, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; 2017.

48) Flores Mamani E, García Tejada L, Calsina Ponce C, Yapuchura Sayco A. Las habilidades sociales y la comunicación de los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano- Puno. COMUNII@CCIÓN. 2016 Julio; 7(2).

VI. Anexos

Anexo 1. Listado de variables.

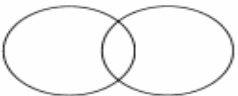
Dimensión	VARIABLES	Definición Conceptual	Definición Operacional
Variable Independiente	Funcionalidad Familiar	<p>Interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas adaptabilidad familiares (Olson, 1989).</p> <p>La comunicación es una tercera dimensión de la funcionalidad familiar, que podría favorecer la mayor flexibilidad y adaptación del sistema familiar, por lo que resulta relevante identificar el nivel de comunicación.</p>	<p>Puntaje obtenido en FACES III para cohesión y adaptabilidad que posea la familia, esta se clasificará en uno de los 16 tipos de familias del modelo Circumplejo para sistemas familiares, que será reclasificado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balanceado - Rango medio - Extremo <p>Puntaje obtenido en Escala de Comunicación familiar de FACES IV.</p>
Variable Dependiente	Sintomatología depresiva	Signos o señales que indican la posibilidad de existencia de alguna enfermedad, como la depresión.	<p>Puntaje obtenido en Escala de Depresión Geriátrica de 15 preguntas (GDS- 15)</p> <p>No depresión: 0-5 puntos; Probable depresión: 6-9 puntos; Depresión establecida: 10-15 puntos.</p>
Variable Socio demográfica	Edad	<p>Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.</p> <p>(Diccionario de Oxford)</p>	<p>Edad en rangos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 60 - 69 años 70 -79 años 80 y más

	Sexo	Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. (OMS)	- Mujer - Hombre
	Ingreso económico per cápita	Resultado de los ingresos totales del grupo familiar, divididos por el número de integrantes del mismo. Estos ingresos consideran sueldos brutos menos los descuentos legales de salud y previsión social, ganancias por trabajo independiente; bonos, gratificaciones e intereses; jubilaciones, pensiones y aportes de terceros (Ministerio de Desarrollo Social)	Quintiles: - Quintil I: desde 0- \$74.969. - Quintil II: \$74.970-\$125.558. - Quintil III: \$125.559-\$193.104. - Quintil IV: \$193.105-\$352.743 -Quintil V: \$352.744 y más.
	Nivel Educativo	El nivel educacional de una persona está determinado por los estudios que haya aprobado en la enseñanza regular o educación formal. Es el curso más alto que haya aprobado en este tipo de enseñanza. (INE)	- Sin estudios formales -Estudios básicos -Estudios medios -Estudios superiores
	Estado Civil	Definido como el lugar permanente que ocupa una persona en la sociedad que depende de sus relaciones de familia y que lo habilitan para ejercer derechos y contraer obligaciones. (www.registrocivil.cl)	- Soltero - Casado - Viudo - Divorciado -Conviviente civil

	Tipo de familia	Familia se define como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. (OMS)	<ul style="list-style-type: none"> - Nuclear - Extensa o consanguínea - Monoparental - Ensamblada
	Casa propia	Es la vivienda ocupada por el dueño de la edificación y del terreno, o sólo de la edificación. La vivienda construida con recursos propios, las construidas mediante préstamos hipotecarios ya cancelados o las adquiridas a través de otros medios. (Contraloría General de la República de Panamá)	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No
	Trabajo	Es el medio por el que cualquier ser humano puede satisfacer sus necesidades básicas y afirmar su identidad; la forma en que puede sustentar a su familia y vivir una existencia conforme a la dignidad humana. (ONU)	<p>Trabaja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No
Variable Comorbilidad	Comorbilidad	Se denomina así a las afecciones que vienen a agregarse a la enfermedad primaria relacionada con la discapacidad, pero no se relacionan con ella (OMS)	<p>Presenta 2 o más enfermedades crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No

Anexo 2. Minimental abreviado

EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</p> <p>Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana</p> <p>Anote un punto por cada respuesta correcta</p>	<p>BIEN MAL N.S N.R</p> <p>Mes <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Día mes <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Año <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Día semana <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>N.S = No sabe N.R = No responde</p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>																
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <p>Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> <p>Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.</p>	<p>CORRECTA NO SABE</p> <p>Arbol <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Mesa <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Avión <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p> <p>Número de repeticiones</p>																
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</p> <p>1 3 5 7 9</p> <p>Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.</p> <p>La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej: 9 7 5 3 1 = 5 puntos</p>	<p>Respuesta Entrevistado <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Respuesta Correcta <table border="1"><tr><td>9</td><td>7</td><td>5</td><td>3</td><td>1</td></tr></table></p> <p>N° de dígitos en el orden correcto <input type="text"/></p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>						9	7	5	3	1						
9	7	5	3	1													
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</p> <p>Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p>	<p>Ninguna acción 0</p> <p>Correcto</p> <p>Toma papel con la mano derecha <input type="text"/></p> <p>Dobla por la mitad con ambas manos <input type="text"/></p> <p>Coloca sobre las piernas <input type="text"/></p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>																
<p>5. Hace un momento le lei una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.</p>	<p>CORRECTO INCORRECTO NR</p> <p>Arbol <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Mesa <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Avión <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>																
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> 	<p>CORRECTO INCORRECTO NR</p> <p><table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>																
<p>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p>Suma total = <input type="text"/></p> <p>El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos.</p> <p>Normal = ≥ 14 Alterado = ≤ 13</p>																

Anexo 3. Cuestionario de antecedentes



Chillán, ___/___/2017

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DEL ADULTO MAYOR

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad: _____ años

Sexo: M_____ H_____

Estado civil:

Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	Divorciado/a	Conviviente Civil

Con quién vive: (marque todas las alternativas que correspondan a su situación)

Vive solo	Esposo/a o Pareja	Hijos/as	Hermanos/as	Nietos/as	Otros (especifique)

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL:

Para contestar esta sección de preguntas recibirá ayuda de los entrevistadores.

Ingreso total familiar (suma de todos los ingresos de los integrantes de la casa):

\$ _____

Cantidad de integrantes del grupo familiar (Personas que viven en la casa incluido usted):

Ingreso económico per cápita \$ _____

Seleccione con una X el Quintil que se asemeje al ingreso per cápita. Este se calcula dividiendo el ingreso total mensual del hogar, por la cantidad de miembros del mismo.

QUINTILES	DESDE	HASTA	
1	\$ 0	\$74.969	
2	\$74.970	\$125.558	
3	\$125.559	\$193.104	
4	\$193.105	\$352.743	
5	\$352.744	-----	

Casa propia: Sí___ NO___

Trabajo: Sí___ NO___

Nivel Educativo más alto alcanzado:

E. Básica incompleta	E. Básica completa	E. Media incompleta	E. Media completa	E. Superior incompleta	E. Superior completa

ANTECEDENTES CLÍNICOS:

¿Presenta alguna enfermedad crónica diagnosticada? Sí___ NO___

Mencione cuales: (marque todas las alternativas que correspondan a su situación)

Hipertensión	Diabetes	Colesterol alto (Dislipidemia)	Artritis	Asma	Parkinson	Otro (especifique)

Diagnóstico de depresión: Sí___ NO___

En tratamiento: Sí___ NO___

Anexo 4. FACES III

ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FACES III)

Marque con una X en el recuadro que corresponda a su situación, solo una vez por ítem.

<i>Describe a su familia:</i>		NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2	En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina (la que reciben de los padres).					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas (todos los días cambia la rutina del hogar).					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					

13	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es muy difícil identificar quien tiene la autoridad (quién manda).					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quién hace las labores del hogar (ya que todos ayudan a hacer las tareas del hogar).					

Anexo 5. Escala de comunicación familiar

ESCALA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

FACES IV

Marque con una X en el recuadro que corresponda a su situación, solo una vez por ítem.

		Muy en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Indeciso	Generalmente de acuerdo	Muy de acuerdo
1	Los miembros de la familia se sienten satisfechos por cómo se comunican entre ellos.					
2	Los miembros de la familia son muy buenos oyentes.					
3	Los integrantes de la familia expresan afecto el uno al otro.					
4	Los miembros de la familia son capaces de preguntarse unos a otros lo que quieren.					
5	Los miembros de la familia pueden discutir con calma los problemas entre ellos					

6	Los integrantes de la familia hablan de sus ideas y creencias con los demás.					
7	Cuando se hacen preguntas entre la familia, se obtienen respuestas honestas.					
8	Los miembros de la familia tratan de entender los sentimientos de los demás integrantes.					
9	Los integrantes de la familia, rara vez dicen cosas negativas de los otros miembros de la familia.					
10	Los miembros de la familia expresan sus verdaderos sentimientos el uno al otro					

Anexo 6. Escala GDS-15

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA GDS – 15

Preguntas			Puntaje
*1 ¿Se considera satisfecho de su vida?	SI	NO	
2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO	
3 ¿Se aburre a menudo?	SI	NO	
4 ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO	
*5 ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO	
6 ¿Tiene miedo de que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO	
*7 ¿Está contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO	
8 ¿Se siente a menudo desvalido?	SI	NO	
9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI	NO	
10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO	
*11 Piensa que es maravilloso estar vivo?	SI	NO	
12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI	NO	
*13 ¿Se siente lleno de energías?	SI	NO	
14 ¿Siente su situación como sin esperanzas?	SI	NO	
15 ¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	SI	NO	
PUNTAJE TOTAL			

Puntuación: Un punto cuando responde "NO" a las respuestas marcadas con asterisco. - Un punto cuando corresponda "SI" al resto de las preguntas.

Anexo 7. Consentimiento informado



Estimada/o participante:

Esteban Cruces Campos (RUT. 18.478.561-7), Lucía Torres Crisosto (RUT. 19.168.535-0), Camila Toro Lisboa (RUT. 17.421.799-8), Javiera Vargas Stefanini (RUT. 18.155.590-4), Estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando la investigación titulada: “Funcionalidad familiar relacionada con la sintomatología depresiva en adultos mayores que participan en actividades de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble, 2017”, siendo dirigida por la académica Mg. Aurora Henríquez Melgarejo del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

El objetivo del estudio es: Establecer la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva en los AM que participan en organizaciones de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble durante el año 2017.

Usted ha sido seleccionada para participar en esta investigación, la cual consiste en responder, por una vez, 5 cuestionarios sobre Evaluación cognitiva MMSE, Cuestionario de antecedentes, FACES III, Escala de comunicación Familiar, Escala GDS-15. Esto le tomará aproximadamente 15 a 20 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por la investigadora en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información sólo será utilizada en esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas. Las publicaciones que se generen de esta investigación serán anónimas no incluirán nombres ni datos personales de los participantes.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para su participación en cualquier momento, y esto NO supondrá ninguna consecuencia.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la académica, Mg. Aurora Henríquez Melgarejo al fono 977648605 o al correo electrónico ahenriquez@ubiobio.cl.

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Si desea contactarse con el Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío-Bío, debe dirigirse al Dr. Sergio Acuña Nelson, presidente del Comité al email: sacuna@ubiobio.cl, teléfono (041) 3111633.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

Esteban Cruces Campos
Lucia Torres Crisosto
Camila Toro Lisboa
Javiera Vargas Stefanini
Estudiantes de Enfermería

ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los estudiantes, Lucia Torres Crisosto, Camila Toro Lisboa, Javiera Vargas Stefanini, sobre "Funcionalidad familiar relacionado con la sintomatología depresiva en adultos mayores que participan en organizaciones de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble, 2017". He recibido copia de este consentimiento.

Firma participante

Firma de Investigador

Nombre y firma del académico

Chillán, __/__/2017

Anexo 8. Certificación Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío Bío



Universidad del Bío-Bío

CERTIFICACION

El Comité de Bioética de la Universidad del Bío-Bío, presidio por el Dr. Sergio Acuña N. (Director de Investigación, Docente), con fecha 18 de Abril de 2017, ha revisado el Proyecto titulado **"Funcionalidad Familiar relacionado con la sintomatología depresiva en adultos mayores que participan en organizaciones de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble, 2017"**, que está siendo realizado por los estudiantes de 5^{to} año de la carrera de Enfermería, Esteban Cruces Campos, R.U.T.: 18.478.561-7, Lucía Torres Crisosto, R.U.T.: 19.168.535-0, Camila Toro Lisboa, R.U.T.: 17.421.799-8, Javiera Vargas Stefanini, R.U.T.: 18.155.590-4, y guiado por la Mg. Aurora Henríquez Melgarejo del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

Este Comité basa lo que a continuación se señala, en la revisión de los documentos presentados por la Mg. Henríquez:

1. Se ha tenido a la vista el documento de consentimiento informado que firmarán los participantes de la investigación.
2. La metodología utilizada, cuestionarios, no vulnera la dignidad de las personas involucradas, por lo tanto no constituye una amenaza bajo ninguna circunstancia ni causa daño emocional ni moral a los investigados.
3. Este comité garantizará el derecho a la privacidad y al anonimato de los sujetos de investigación.
4. El investigador y la académica establecen y garantizarán la confidencialidad de los datos de investigación, en los casos que así lo ameriten.
5. El Comité ha comprobado que la investigación cumple con el respeto a los derechos humanos de los participantes y se ajusta a estándares científicos y éticos propios de la disciplina y de la Institución, los modelos de consentimiento toman en consideración los elementos señalados, con las garantías que se otorgan a sujetos vulnerables.

La presente certificación se extiende para los fines que se estimen pertinentes.

Presidente
Comité Bioética
Universidad del Bío-Bío



Sede Concepción

Avda. Collao N° 1202 Casilla 5-C Fonos: (56-41) 261200 Fono/Fax: (56-41) 322883 -VIII Región - Chile

Sede Chillán

Avda. Andrés Bello s/n Casilla 447 Fono/Fax: (56-42) 253000 / Departamento Ciencias Básicas Fono: 253049 -VIII Región - Chile

E- mail: ubb@ubiobio.cl

www.ubiobio.cl

Anexo 9. Carta de Compromiso “Casa de encuentro del Adulto Mayor de Ñuble”

CARTA DE COMPROMISO

María Eugenia Toro, asistente social de la Casa de encuentro del Adulto Mayor de Ñuble, toma conocimiento y otorga las facilidades para la realización de la Actividad de Titulación, denominada “Funcionalidad familiar relacionada con sintomatología depresiva en adultos mayores que participan en actividades de la Casa de Encuentro del Adulto Mayor de Ñuble, 2017”, de los alumnos Esteban Cruces Campos (18.478.561-7), Lucía Torres Crisosto (19.168.535-0), Camila Toro Lisboa (17.421.799-8) y Javiera Vargas Stefanini (18.155.590-4) de la carrera Enfermería, de la Universidad del Bío-Bío.

La Actividad de Titulación se realizará en dependencias de la Casa del encuentro del Adulto Mayor de Ñuble dependiente del IPS, ubicada en Constitución #444, Chillán.




María Eugenia Toro C.
ASISTENTE SOCIAL
Col. Nº 6106

Nombre Representante
Cargo
Empresa/Institución

Chillán, Marzo 2017