



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN EL
ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE LAS HERMANITAS
DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS- PIURA 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

BACH. MARIBEL IBAÑEZ OJEDA

ASESOR

Mgr. SERGIO ENRIQUE VALLE RIOS

PIURA – PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR

PRESIDENTE: Mgtr. KELLY YANET MUNÁRRIZ RAMOS.

SECRETARIA: Mgtr. SUSANA CAROLINA VELÁSQUEZ

TEMOCHE

MIEMBRO: Mgtr. CARMEN PATRICIA ERAS VINCES.

PRESIDENTE

SECRETARIA

MIEMBRO

PIURA, 22 DE DICIEMBRE, 2015.

AGRADECIMIENTO

Con gratitud agradezco a Dios por haberme dado un espacio en su creación y el tiempo. A mis padres, los cuales amo mucho y me han ayudado en este largo camino, pasando buenos y malos momentos. A mi profesor Sergio Enrique Valle Ríos, ya que siempre ha estado con nosotros guiándonos en todo momento de este largo proyecto.

DEDICATORIA

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listos para brindarme todo su apoyo incondicional, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me ha otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a mis padres: Jesús Ibáñez Ibáñez y Bernardina Ojeda Ojeda.

RESUMEN

La presente investigación se realizó con la finalidad de determinar la relación existente entre el clima Social Familiar y la Depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de la Provincia de Piura – 2014.

El estudio fue de tipo Descriptivo-Correlacional. La muestra estuvo conformada por 100 Adultos mayores. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia intencional, utilizando el criterio de inclusión y exclusión. Se utilizó la escala del clima social familiar de Moos y la Escala de Depresión de Zung. Los datos fueron analizados mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Entre los resultados se encontró que si existe relación estadísticamente significativa entre las variables en mención. Asimismo, se encuentra correlación significativa entre la dimensión de estabilidad de clima social familiar y la depresión, Sin embargo al realizar el análisis entre la dimensión de relación y la dimensión de desarrollo con la depresión no se evidencia que existe relación estadísticamente significativa. Llegando a la conclusión de que el clima social familiar influye en la depresión.

Palabras Clave: Clima Social Familiar y Depresión

ABSTRACT

The results showed that there is really a statistically significant relationship between the variables mentioned. It also shows a significant correlation between the dimension of familiar social environment stability and depression. However, at doing the analysis of relationship this research was conducted in order to determine the relationship between the Familiar and Social environment and Depression in old people in “El hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados” (The Sisters home of the abandoned old people) in Piura - 2014. The study was descriptive-correlational. The sample consisted of 100 old people. The sampling was intentionally non-probabilistic convenience, using the criteria of inclusion and exclusion. The scale of family social environment of Moos and Zung Depression Scale were used. Data were analyzed using Pearson correlation coefficient between the size and scale of development with depression, there is no evidence that a statistically significant relationship exists. In short, the familiar social environment has influence in the depression.

Keywords: Familiar Social Environment and Depression

ÍNDICE DE CONTENIDO

Pág.	
Caratula	
Jurado Evaluador.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Resumen	v
Abstract	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	xiii
1.1. Planteamiento del Problema.....	1
1.1.1 Caracterización del Problema.....	1
1.1.2 Enunciado del Problema.....	4
1.2. Objetivos de la Investigación	4
1.2.1 Objetivo General.....	4
1.2.2 Objetivos Específicos.....	4
1.3. Justificación de la Investigación.....	5
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	8
2.1.1 Antecedentes previos a nivel local o regional	8
2.1.2 Antecedentes previos a nivel Nacional.....	10
2.1.3 Antecedentes previos a nivel Internacional.....	15
2.2. Bases Teóricas y Marco Conceptual.....	18
2.2.1. Clima Social Familiar.....	18
2.2.1.1. Definiciones.....	18

2.2.1.2. Componentes del Clima Social Familiar.....	19
2.2.1.3 Características del Clima Social Familiar.....	21
2.2.1.4. Funciones de la Familia.....	21
2.2.1.5. Tipos de Familia.....	22
2.2.1.6. Influencia del Clima Familiar	23
2.2.2 Depresión	24
2.2.2.1. Historia de la Depresión.....	24
2.2.2.2 Definiciones	26
2.2.2.3 Tipos de Depresión.....	29
2.2.2.3.1. Depresión Mayor.....	29
2.2.2.3.2. Distimia.....	30
2.2.2.3.3. Trastorno de Adaptación.....	31
2.2.2.3.4. Trastorno Bipolar.....	32
2.2.2.4. Otras Dimensiones de Depresión... ..	33
2.2.4.1. Depresión Leve.....	33
2.2.4.2. Depresión Suicida	34
2.2.4.3. Depresión Aguda o Crónica.....	34
2.2.4.4. Depresión Recurrente.....	34
2.2.2.5. Diagnóstico de la Depresión.....	34
2.3 El Adulto Mayor: Ingreso a la Tercera Edad.....	36
2.3.1 Características del Adulto Mayor en un Asilo.....	39
2.4 La familia y el Adulto Mayor.....	39
2.4.1 Relaciones Familiares y Adultos Mayores.....	42
2.4.2 Rol del Adulto Mayor en la familia.....	42

2.4.3 El abandono del adulto mayor por parte de la familia.....	45
2.4.4 Causas que generan el abandono del adulto mayor.....	45
2.5. Hipótesis	47
2.5.1. Hipótesis General.....	47
2.5.2. Hipótesis Específica	47
III. METODOLOGÍA.....	48
3.1. Tipo y Nivel de la Investigación.....	49
3.2. Diseño de Investigación	49
3.3. Población y Muestra	50
3.3.1 Población.....	50
3.3.2 Muestra.....	50
3.4. Definición y Operacionalización de Variables.....	50
3.4.1 Clima Social Familiar.....	50
3.4.2 Depresión.....	52
3.5. Técnicas e Instrumentos.....	53
3.5.1 Escala de Clima Social Familiar.....	53
3.5.2 Escala de Automedición de la Depresión.....	54
3.6. Plan de Análisis.....	59
3.7 Principios Éticos.....	60
IV. RESULTADOS	61
4.1. Resultados	62
4.2. Análisis de Resultados	70
4.3 Contrastación de hipótesis.....	73
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75

5.1 Conclusiones.....	76
5.2 Recomendaciones.....	77
5.3 REFERENCIAS.....	78
ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE CUADROS

TABLA I: Relación entre Clima Social Familiar y Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Piura 2014.....	53
TABLA II: Clima Social Familiar en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Piura 2014.....	54
TABLA III: Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Piura 2014.....	56
ABLA IV : Relación de la Dimensión Relaciones de Clima Social Familiar y la Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Piura – 2014	58
TABLA V : Relación de la Dimensión Desarrollo de Clima Social Familiar y Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Piura 2014.....	59
TABLA VI : Relación de la Dimensión Estabilidad de Clima Social Familiar y la Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Piura 2014.....	60

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 01: Clima Social Familiar en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Piura 2014.....54

GRAFICO 02: Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Piura 2014.....56

I. INTRODUCCIÓN

La preocupación que existe en la actualidad por el incremento de casos de depresión, ha despertado un interés en tratar de conocer la relación entre clima social familiar y la depresión del adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de la Ciudad de Piura – 2014, y ver de qué manera está influenciando la familia en el nivel de depresión de la personas. Las dificultades que se presentan entre padres e hijos y entre sí, la alteración de los roles que pertenece cada miembro de la familia y otras dificultades dentro del funcionamiento familiar, hace que se vea afectada directamente e indirectamente la persona y que conlleven a la depresión , estas conductas depresiva pueden presentarse en diversos niveles y que perturben y produzcan falta de comunicación con las personas que interactúa, el sentimiento de culpa al terminar sus actividades, incapacidad para tomar decisiones llegando hasta la depresión mayor por la situación que pasa. Moos considera al clima social familiar como la situación social de la familia y que determinan a tres dimensiones estrechamente vinculadas e interactuantes que son fundamentales. Moos R (1996) (Dimensión Relaciones, Dimensión Desarrollo, Dimensión Estabilidad).

Con respecto a la variable depresión según reportes de DIRESA es que cada año esta problemática se incrementa más. Es por eso que en este estudio se determinará si la familia cumple un papel preponderante en el desarrollo y crecimiento de la depresión.

El censo de Vivienda y Población del 2005, publicado por el INEI, nos reflejó que hubo 2 millones 300 mil personas adultas mayores, es decir mayores de 60 años, lo cual representa al 8,5% de nuestra población, actualmente el promedio de esperanza de vida se estima en 71 años de edad, por lo tanto el Estado debe contar con políticas y acciones integrales que les garanticen una calidad de vida acorde a su condición humana.

El 75% de la población adulto mayor reside en el área Urbana y el 25% reside en el área rural.

Es por esta razón, que el presente estudio se constituyó en un esfuerzo por explorar el clima social familiar y la depresión del adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de Piura.

Coherente con lo expuesto en los párrafos anteriores, el problema quedó formulado

así: ¿Cuál es la relación del clima social familiar y la Depresión del Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de la ciudad de Piura 2014, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el Clima Social Familiar y la Depresión. Es por ello que la hipótesis quedó planteada de la siguiente manera: Existe relación significativa entre el clima social familiar y la Depresión del Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de la ciudad de Piura 2014.

Para la presente investigación se hizo uso de los instrumentos psicológicos, tales como: La Escala del Clima Social Familiar que mide las interacciones entre los miembros del grupo familiar. Y la Escala de Depresión ZUNG que mide el nivel de Depresión de los evaluados.

Luego de haber evaluado a los adultos mayores del Hogar de las Hermanitas de los ancianos desamparados. Se obtuvo como resultado, que existe relación significativa entre la variable Clima Social Familiar y la Depresión adultos mayores del Hogar de las Hermanitas de los ancianos desamparados; la muestra con la que se trabajó la investigación fue, de 100 adultos mayores

Para conseguir el objetivo planteado, el trabajo se presenta estructurado y ordenado en Cinco Capítulos:

El Capítulo I contiene la Introducción, Caracterización del Problema, Enunciado, Objetivos y Justificación. El Capítulo II se refiere a la Revisión de Literatura, que abarca: los antecedentes, bases teóricas, marco conceptual e Hipótesis de las variables de Clima Social Familiar y Depresión. El Capítulo III presenta Metodología que concierne a lo que es tipo y nivel de investigación, diseño de investigación, población muestra, operacionalización de las variables y las técnicas e instrumentos utilizados. El Capítulo IV contiene los Resultados, Análisis de Resultados de manera cuantitativa y cualitativa y las citas de estudio, investigaciones de referencia y la opinión personal. El Capítulo V contiene las conclusiones y recomendaciones.

Por último tenemos los anexos y las referencias bibliográficas que han sido materia de ayuda para la presente investigación.

1.1 Planteamiento del problema.

a) Caracterización del problema.

De acuerdo a investigaciones realizadas , el ingreso a una establecimientos dedicados al cuidado para personas de la edad adulta trae consigo diversos cambios, tanto físicos, afectivos y de conducta, los cuales tienen que adecuarse a un contexto nuevo; ocasionando todas esas nuevas experiencias como lo son : las de expectativa de vida como también confusiones personales.

Un ambiente en el que existe el concepto de vejez como un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico, un periodo en el que se debería gozar de los logros personales, pero la realidad es otra, nuestra sociedad peruana ha ido catalogando a esta población vulnerable como la de los años dorados, los de edad avanzada, e incluso etapa final de vida. Esta multiplicidad de definiciones solo nos muestra una realidad en el que los estereotipos y preconceptos han influenciado culturalmente.

La congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados fue fundada el 27 de enero de 1873 en Barbastro, España; por el canónigo Saturnino López Novoa interesado por la problemática de los ancianos de su tiempo y por Santa Teresa de Jesús Jornet e Ibars, declarada patrona de la Ancianidad en nuestro país y en varios más. La congregación de las Hermanitas de los Ancianos desamparados en la actualidad en su casa hogar albergan 102 residentes: 60 varones y 42 mujeres, en las que les brindan asistencia alimenticia, salud física, salud Psicológica. La mayoría de los adultos mayores proceden de la ciudad de Piura y algunos de otras provincias. Son atendidos por 9 religiosas y por médicos de diversas

especialidades que los asisten asimismo, por una enfermera, una terapeuta de rehabilitación y una asistente social, colaborando algunos estudiantes practicantes.

En la casa hogar existen diversos niveles de estratos, encontrando que la mayoría es de escasos recursos que son cubiertos por las hermanas del hogar y población benefactora, mientras que otros cubren su estadía con su jubilación.

La usencia de los familiares han llevado en muchos adultos mayores a vivir sentimientos de abandono debido a que los familiares de los adultos mayores por diferentes razones no los visitan con frecuencia; lo que ha conllevado a que los adultos mayores se aíslen y presenten conductas de retraimiento lo que significa que se encuentren mucho de ellos en un cuadro de problemas psicológico depresivo. Gran parte ingresan con polipatologías (mayormente enfermedades cardiovasculares, respiratorias, locomotoras y depresivas).

Sabemos que los niveles de la depresión en el adulto mayor son frecuentes, impidiendo las buenas relaciones interpersonales; según estudios indican que la depresión de un individuo afecta la calidad de las relaciones interpersonales (García J). Una de las problemáticas que presenta el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados, es la depresión en las personas, donde se ve afectada la atención, memoria, concentración, lenguaje, percepción, coordinación, cálculo mental, estrés razonamiento, inteligencia fluida y sobre todo salud general, por ende es de sumas importancia la calidad de vida familiar para que de esta forma mantengan la estabilidad emocional.

Cabe señalar que la depresión no posibilita al sujeto a establecer adecuadas relaciones humanas y tampoco a crear nuevas oportunidades que favorezcan su motivación y por lo tanto su vida cotidiana se vuelve pésima.

De manera que la persona que muestra depresión tendrá de por sí muchos fracasos, ya que esta afectara toda su personalidad y su estado físico y mental. Esta es una razón del porqué la depresión es un elemento fundamental a ser estudiado en la conducta de los adultos mayores.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%).

Estas cifras confirman que en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. El índice de feminidad, muestra que hay 114 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 141 en la población femenina de 80 y más años de edad.

Los departamentos que concentran mayor población de adultos mayores según orden decreciente son: Lima y Callao, Piura, Puno, La Libertad, Cajamarca, Ancash, Cuzco, Junín y Arequipa.

b) Enunciado del Problema

Debido a la situación descrita anteriormente, se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación del clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de la ciudad de Piura 2014?

1.2 Objetivos de la investigación.

1.2.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el Clima Social Familiar y la Depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de la ciudad de Piura 2014.

1.2.2 Objetivos específicos

Identificar el nivel del Clima Social Familiar en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados, de Piura 2014.

Identificar el nivel de la Depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de Piura 2014.

Establecer la relación entre la Dimensión Relaciones de clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de Piura 2014.

Establecer la relación entre la Dimensión Desarrollo de clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de Piura 2014.

Establecer la relación entre la Dimensión Estabilidad de clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de Piura 2014.

1.3 Justificación

La investigación ha realizar se justifica por otorgar un diagnostico con la confiabilidad de las variables de estudio que se respaldará con un trabajo de intervención con dicha población; así pues de acuerdo a los resultados servirá de suma importancia para beneficiar con programas alusivos a la intervención de la depresión en el adulto mayor.

De tal forma servirá de aporte para investigaciones con respecto a la misma temática de estudio.

Permitirá realizar un programa donde se tomara en cuenta orientación y asesoría promoviendo confianza en sí mismo en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados en Piura.

Es importante mencionar que se complementara con un diagnostico en el nivel de la depresión y el clima social familiar en el adulto mayor.

Es así que la propuesta de esta investigación dará la oportunidad de profundizar la situación emocional (Depresión), de adaptación, el sentido y clima social familiar.

Beneficiará a los estudiantes e investigadores, que servirá como antecedente para futuros estudios, al mismo tiempo engrosar el número de investigaciones, y de este modo tener un conocimiento científico más profundo de este tema.

Permitirá a los profesionales comprender a profundidad el problema planteado, y de esta manera puedan elaborar y brindar programas de intervención planteando estrategias.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedes previos a nivel Local o Regional

Capuñay, J., Figueroa, A., y Varela, L. (2010) *“Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.”* Objetivo: Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y de la depresión mayor en el adulto mayor. Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo y transversal tipo entrevista de carácter descriptivo en pacientes adultos mayores que acudieron a la consulta ambulatoria de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre abril y mayo de 2010. Resultados: Se encontró que 75% presentaba algún síntoma depresivo y el 8.3% de pacientes tenían depresión mayor según DSMIV. Los principales síntomas depresivos fueron: estado de ánimo depresivo, trastorno del sueño y pérdida de energía. Además se realizó revisión de la literatura sobre el tema de depresión en adultos mayores.

Torres, I. (2013) *“Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores”* Objetivo: Determinar la relación entre la depresión y la percepción de funcionalidad familiar en los adultos mayores que acuden a la consulta externa del HOSPITAL CAYETANO HEREDIA - ESSALUD. Pacientes y métodos: El diseño del estudio fue descriptivo, transversal, correlacional, se efectuó en una muestra de 150 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems y el test de APGAR para evaluar funcionalidad familiar.

Resultados: Se encontró que el 31% presentaba algún grado de depresión y el 50% percibía a su familia como disfuncional. El análisis estadístico de Chi cuadrado, mostró una asociación significativa ($p < 0.05$) y un nivel de asociación del 43%.

Conclusiones: Existe relación entre la depresión y la funcionalidad familiar y entre ellas el nivel de asociación es moderada.

Contreras, R. (2013) *Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro De Salud CESAMICA, Piura – 2013*. En los últimos años la población adulta mayor se está incrementando, según el INEI (2012) dio conocer que la población de personas adultas mayores de 60 y más años de edad ascienden a 2 millones 712 mil y representan el 9,0% de la población total del país. Se estima que, para el año 2021, dicho grupo poblacional será de 3 millones 727 mil.

Ante dicho incremento poblacional el personal profesional de enfermería necesita enfocar estudios de investigación en dicho grupo etáreo para ayudar al adulto mayor y familia a enfrentar el proceso de envejecimiento entendiéndolo como un cambio natural y adaptativo mediante acciones preventivo- promocionales, por tal motivo se creyó conveniente realizar el presente estudio de investigación, titulado: “Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Leonor Saavedra, S.J.M.- 2013”, cuyo objetivo general es determinar las características del clima social en el entorno familiar de los adultos mayores.

El propósito del estudio está orientado a propiciar el diseño y mejora de los diferentes programas que brinda el Centro de Salud Leonor Saavedra considerando las características del clima social familiar para así poder impulsar la promoción de un envejecimiento activo y saludable.

El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo; método descriptivo, de corte transversal. El estudio se realizó en el Centro de Salud Leonor Saavedra, la muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores. Los instrumentos que se aplicaron fueron la Escala abreviada de Yesavage, el Cuestionario abreviado de Pfeiffer y seguidamente se aplicó la Escala de Clima Social Familiar modificada. El procesamiento de los datos se realizó mediante la prueba estadística de la Escala de Stanones, posterior a ello se procedió con el análisis e interpretación de los resultados llegando a las siguiente conclusión general: El clima social en el entorno familiar de los adultos mayores en la dimensión relacional, de desarrollo, y de estabilidad es de un nivel medianamente favorable, seguido de un nivel favorable y en menor proporción el desfavorable.

2.1.2. Antecedentes previos a nivel Nacional

Licas, M. (2015) “*Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014*”. La reducción de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer en los últimos años ha producido el incremento de la población adulta mayor, a su vez llegar a esta etapa involucra una serie de cambios a nivel biológico y psicosocial,

que se evidencia por la modificación en el funcionamiento general del cuerpo con ello aparecen las enfermedades crónico degenerativas; en el aspecto psicosocial el adulto mayor experimenta la pérdida de amigos y del cónyuge , cambios en el rol dentro de la familia y en la sociedad afectando su autopercepción y autovaloración. Este menoscabo del aspecto afectivo implica que la persona adulta mayor se retraiga, se aleje de las funciones y roles que puede desempeñar en la sociedad, provocando una alteración de su bienestar físico y emocional. Surge entonces la necesidad de investigar el presente trabajo titulado “Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro De Atención Integral TaytaWasi 2014”, el cual tiene como objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve.

Ortiz, L. (2013) *Clima social familiar del adulto mayor con diagnóstico de depresión del centro del adulto mayor EsSalud de la ciudad de Chiclayo, 2013.* Estudio cuantitativo cuyo objetivo fue describir el Clima Social Familiar de 30 adultos mayores con diagnóstico de depresión del Centro del Adulto Mayor EsSalud de la ciudad de Chiclayo. Se utilizaron

la Escala de clima social familiar (FES) de R.H. Moos y E.J. Trickeet. Se describió el clima social familiar general y sus dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad. Los resultados obtenidos son: el 87% de los adultos mayores se ubican en el nivel bajo y muy bajo del clima social familiar. En cuanto a las dimensiones: el 57 % se ubican en el nivel muy bajo en la dimensión relaciones, el 50% se ubica en el nivel bajo en la dimensión desarrollo y el 73% se ubica en el nivel bajo en la dimensión estabilidad. El estudio concluye que la mayoría de los adultos mayores con diagnóstico de depresión del centro de adulto mayor EsSalud se ubican en el nivel bajo del Clima Social Familiar.

Quijandria, (2009) En el estudio *“Nivel de depresión del Adulto Mayor y su relación con el grado de independencia, participación en actividades sociales apoyo familiar entre la urbanización Sta. Cristina y el Asentamiento Humano Golfo Pérsico”* los cuales llegaron a las siguientes **conclusiones:** En la Urb. Sta. Cristina los adultos mayores en su mayoría no presentan depresión, mientras que el Asentamiento Humano. Golfo Pérsico el mayor porcentaje de ellos presento depresión leve.

El grado de participación en actividades sociales y el nivel de depresión en ambas comunidades presentaron una moderada correlación inversa; la Urb. Sta. Cristina presento un alto nivel de significancia entre las variables estudiadas a diferencia del Asentamiento Humano.

Golfo Pérsico que presento una asociación no significativa. El grado de apoyo familiar, el nivel de depresión en ambas comunidades presentaron una correlación inversa, siendo esta leve en el Asentamiento Humano.

Golfo Pérsico, moderada en la Urb. Sta. Cristina, asimismo no fue significativa la asociación entre las variables estudiadas en la primera comunidad y altamente significativas en la segunda.

Ruelas, F. y Yemira, K. (2010) realizó un estudio acerca de *“Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín”*. El objetivo fue determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo de correlación y de corte transversal. La población estuvo constituida por 44 adultos mayores que conforman el grupo “Edad de Oro”. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos un cuestionario de factores biopsicosociales y la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage. En dicho estudio se concluye con lo siguiente: La mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa. La depresión en el adulto mayor es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo, alteraciones cognitivas, alteraciones en la funcionalidad, pérdida de placer, entre otras y ocasiona una disminución en la calidad de vida de la persona que la presenta. “Se encontró que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, donde el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima evidenciaron un 50% cada uno y en el

factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales.”

González, M. y Robles E. (2011) realizó un estudio acerca de *Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro*, el objetivo fue determinar el riesgo de depresión del adulto mayor en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro. El estudio es de tipo cuantitativo; el método es descriptivo, prospectivo y de corte transversal, porque se realiza en un determinado tiempo. La población total está constituida por 353 adultos mayores que se encuentran en el Centro Residencial Ignacia Rodulfa Viuda de Canevaro, la técnica aplicada fue la entrevista. Se utilizó como instrumento de medición del riesgo de depresión en el adulto mayor la escala abreviada de Yesavage de 15 preguntas.

“Los adultos mayores atendidos en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro presentan un riesgo moderado de depresión”. “Según cifras porcentuales, los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que los adultos de mayor edad 22. “Del 100 % de los adultos mayores encuestados, el 22,2 % son hombres y tienen riesgo de depresión moderada; y el 28,1% son mujeres y tienen riesgo de depresión moderada. Asimismo, se observa que el 54,2 % son mujeres y el 45,8 %, hombres. Se realizó la prueba estadística chi cuadrado, encontrándose que no hay relación entre el riesgo de depresión y el sexo ($p = 0,910$, no significativo).”

2.1.3. Antecedentes previos a nivel Internacional

Flores (2011) "*Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores*" llegó a la conclusión "se muestran la relación directa existente entre los factores de un ambiente familiar positivo y los sentimientos antidepresivos, e inversa entre la cohesión familiar y los síntomas depresivos. Estos resultados confirman lo planteado por otros autores (González-Celis, 2003; Ornelas, 2011; San Martín & Pastor, 1990) respecto a que la familia constituye el principal recurso de apoyo social para las personas de la tercera edad, lo cual resulta determinante para su salud mental. Los ancianos inmersos en un ambiente familiar cohesivo y comunicativo reducen su sintomatología depresiva y aumentan su perspectiva de vida en armonía. Tanto en las variables familiares (cohesión y comunicación) como en los sentimientos antidepresivos, las medias obtenidas por los participantes fueron altas (superiores a la media teórica); lo contrario ocurrió con los puntajes de síntomas depresivos, lo cual indicarían que en la muestra estudiada la depresión parece no constituir un rasgo preeminente y que las personas muestran un enfoque positivo de su situación vital. Valoran el realizar actividades juntas y conversar en familia, así como preocuparse por los demás, principios que aún son aspectos significativos dentro de la cultura mexicana.

Pineda (2010) que lleva como título "*El psicólogo ante la presencia de la depresión en el adulto mayor interno en casa hogar*" y colaboradores se obtuvo como conclusión que "De acuerdo a la investigación que se realizó con adulto mayores institucionalizados y no institucionalizados se detectó

mayor presencia de síntomas depresivos internos en la casa hogar que en los que viven con su familia ya que por propia expresión de los entrevistados, el no tener cerca a sus familiares y amigos y no tener la independencia de años anteriores o desempeñar de tipo laboral en la casa hogar se encontraron seis casos de depresión diagnosticado por el médico los cuales ya están en tratamiento”.

Crespo, J. (2011) realizó un estudio acerca de *“Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar”*. El objetivo determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar (Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre NelloStoroni y San Bartolomé). Estudio Descriptivo la población estuvo conformada por 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. El instrumento fue la escala de depresión de Yesavage, obteniéndose que: “El 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que 24 corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión. El Asilo, que más casos de depresión presenta, es el asilo Rosa Elvira de León, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 –89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino.

Borda, M. (2012) realizó un estudio de investigación *“Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo* el objetivo fue Establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 - 95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla. La metodología aplicada fue Estudio descriptivo transversal, con análisis de casos y controles. Participaron 66 adultos mayores. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se estudiaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad y tipo, polifarmacia, y tipo de institución. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, tendencia central y media y desviación estándar y asociación (Or e IC 95% y Chi-cuadrado y p).

La depresión está en un tercio de la población institucionalizada, en este estudio afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a 1 salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos.

Se destaca, entonces, que la depresión en el adulto mayor, su detección oportuna es de gran importancia benéfica en las condiciones de salud, bienestar, calidad y satisfacción en la vida del adulto mayor. Por lo tanto estos estudios presentados se relacionan con el problema a investigar, por lo que

ayudaran y aportaran a un mayor conocimiento del objeto de investigación, así como el proceso de análisis y discusión de los resultados.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Clima Social Familiar

2.2.1.1. Definiciones

(Moos ,1996) (Calderón y De la Torre, 2006)⁵, define el clima social familiar como aquella situación social en la familia que define tres dimensiones fundamentales y cada una constituida por elementos que lo componen como:

Cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, intelectual-cultural, social recreativo, moralidad-religiosidad, control y organización.

(Perot, 1989) (Ponce, 2003) considera que el clima familiar constituye una Estructura natural en la cual se elabora pautas de interacción psicosociales en el rige el funcionamiento de los miembros definiendo una gama de conducta que facilita una interacción recíproca.

(Galli, 1989) ((Calderón y De la Torre, 2006) considera que la manera cómo los Padres educan a sus hijos, crean el clima familiar dependiendo del tono del ambiente familiar penetrado de gravedad y cordura, la armonía conyugal, el cuadro de valores que los cónyuges aceptan, la serenidad del hogar doméstico y la fijación de actitudes que declaran después relativamente estables durante la vida.

Por otro lado, Rodríguez R. y Vera V. (1998), asumen la definición del clima social familiar como el resultado de sentimientos, actitudes, normas y formas de Comunicarse que lo caracterizan cuando los componentes dela familia se encuentran reunidos.

2.2.1.2 Componentes del Clima Social Familiar

(Moos y Trickett, 1993) (Calderón y De la Torre, 2006) consideran que el clima Social familiar está conformado por tres dimensiones: Relaciones, desarrollo y Estabilidad, las que se definen en diez áreas, que se muestran a continuación:

1.- Relaciones: Mide el grado de comunicación y libre expresión dentro de la Familia y grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Conformado por las Siguietes Áreas:

Cohesión: Es el grado en que los miembros del grupo familiar están Compenetrados y se apoyan entre sí.

Expresividad: Es el grado en que se permite expresarse con libertad a los Miembros de familia comunicando sus sentimientos, opiniones y valoraciones respecto a esto.

Conflicto: Se define como el grado en que se expresa abiertamente la cólera, Agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

2) Desarrollo: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos Procesos de desarrollo personal, que pueden ser

fomentados o no, por la vida en común. Conformado por las siguientes áreas:

Autonomía: Es el grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.

Área de Actuación: Se define como el grado en el que las actividades (tal como el colegio o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o Competición.

Área Intelectual- Cultural: Es el grado de interés en las actividades de tipo político intelectuales, culturales y sociales

Área Social-Recreativo: Mide el grado de participación en diversas actividades de esparcimiento.

Área de Moralidad- Religiosidad: Mide la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

3) **Estabilidad:** Proporciona información sobre la estructura y organización de la Familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de La familia sobre otros.

Conformado por las siguientes áreas:

Área Organización: Mide la importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.

Área Control: Se define como la forma en el que la dirección de la vida familiar Se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

2.2.1.3 Características del Clima Social Familiar

(Guelly, 1989) (Rodríguez y Torrente, 2003) refiere que el clima social familiar Tiene las siguientes características:

Para que exista un buen clima familiar los padres deben estar siempre en comunicación con los demás miembros de la familia.

Deben mostrar tranquilidad y estabilidad con su comportamiento hacia el niño.

Los hijos deben siempre respetar a sus padres.

La madre debe tener una autoridad bien establecida no mostrarse ansiosa.

No proteger a los hijos de manera excesiva, no permitir la crisis económica aguda recaigan en las familias, no hay conflictos graves entre los padres y si los hubiera esto no los exponen delante de los hijos.

2.2.1.4 Funciones de la Familia

Dugui y otros (1995) consideran entre las funciones que cumple la familia a las siguientes:

Asegurar la satisfacción de las necesidades biológicas del niño y complementar sus inmaduras capacidades de un modo apropiado en cada fase de su desarrollo Evolutivo.

Enmarcar, dirigir y analizar los impulsos del niño con miras a que se llegue a ser individuo integrado, maduro y estable.

Enseñarle los roles básicos, así como el valor de las instituciones sociales y los modos de comportarse propios de la sociedad en que vive, constituyéndose en el sistema social primario.

2.2.1.5 Tipos de Familia

Saavedra (2006), existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido los siguientes tipos de familias:

a.- La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

b) La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple. Generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

c) La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los Padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura

otro tipo de familia Dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

d) La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as.

Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

e) La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran Separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo Su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por El bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

2.2.1.6 Influencia del Clima Familiar

(La Cruz Romero, 1998) (Alarcón y Urbina, 2001) sostiene que el clima familiar influye de manera decisiva en nuestra personalidad. Las relaciones entre los miembros de la familia determinan valores, afectos, actitudes y modos de ser que el hijo va asimilando desde que nace, así un clima familiar positivo y constructivo propicia el desarrollo adecuado y feliz de sus miembros y un clima negativo con modelos

inadecuados favorece conductas desadaptadas que muestran carencias afectivas importantes.

La familia es la principal influencia socializadora sobre los adolescentes, por ser el más importante transmisor de conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación pasa a la otra, sin embargo lo que los adolescentes aprenden de los padres depende en parte del tipo de personas que sean los padres. La contribución más importante que los padres pueden hacer a sus hijos es formar un hogar feliz en el que puedan crecer, las familias que viven en un clima familiar de ira desdicha y hostilidad tienen un efecto negativo sobre toda la familia y especialmente en los hijos adolescentes.

2.2.2 Depresión

2.2.2.1. Historia de la Depresión

Conocida en sus inicios con el nombre de melancolía (del griego clásico μέλας ‘negro’ y χολή ‘bilis’), la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen del término se encuentra en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725, cuando el británico Richard Blackmore bautiza el cuadro con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y sus tratamientos alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.) pero, con el advenimiento de la controversia de la biopsiquiatría y el

despegue de la psicofarmacología, pasa a ser descrita como acaso una enfermedad más. Su alta prevalencia y su relación con la esfera emocional la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico e incluso en bandera de movimientos culturales como el romanticismo.

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil.

Según la OMS en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión.

Estudios y estadísticas parecen coincidir en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, aunque no son pocos los trabajos que cuestionan esta asimétrica incidencia: existen estudios que indican que la depresión en el hombre es mucho menos admitida y su sintomatología reporta de manera diferente.

Algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia

de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes.

Se puede decir que la depresión es conocida como un problema de salud pública. Estudios recientes han demostrado el impacto y la trascendencia de este padecimiento ocupando hoy en día el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes, se estima que para el año 2020 sea la segunda causa de morbilidad, por lo que solo le llevará la delantera las enfermedades del corazón.

2.2.2.2. Definiciones

W. Zung (1965), refiere que la depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperación profunda. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica.

Seguin (1962), refiere que la depresión es una manera de reaccionar a una posición biológica puesta en función ante vivencias de importantes decisiva para el sujeto.

Es una tristeza sin razón aparente que la justifiquen, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida,

la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

Kraepelin, citado en **polaina (1980)**, ejemplo la denomino locura maniaco depresivo, derivado de depresión por los diferentes síntomas características.

Beck (1983), manifiesta que la depresión es un conjunto de síntomas y conductas peculiares, como cogniciones negativas y percepciones inadecuadas de sí mismo, del entorno y del futuro que producen los sentimientos negativos y la pasividad conductual.

Muchas de las psicopatológicas tienen su manifestación inicial en la adolescencia. Estas no deben entenderse como producto directo de los “conflictos” adolescentes, más bien son una manifestación del cumulo de experiencias de la vida (infancia, niñez) que encuentran junto a la adolescencia otros factores desencadenantes. La depresión es una de las psicopatologías más frecuentes en esta edad. Asimismo, muchas psicopatologías que se presentan en la adolescencia, llámense trastornos relacionados con sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de ansiedad, trastorno por déficit de atención o disociales suelen ir asociados o enmarcar episodios depresivos.

Márquez (1990), dice que la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica.

Sánchez (1993), manifiesta que la depresión es un desajuste emocional caracterizado por un estado de disposición psíquica, de humor triste y esencialmente sobrio; dificultad para pensar, con

retardo psicomotor, angustia, agitación y trastornos somáticos diversos, sobre todo del sueño y el apetito.

Cerda y Arana (1988) citado por **Artaza M (2007)**, sostienen que la depresión es un estado mental patológico caracterizado por pensamiento, sentimiento de culpa, fatigabilidad, ansiedad, apatía; caracterizados por síntomas físicos y mentales constituyendo un complemento de una pérdida de autoestima.

Jeri R (1992) citado por **Sopla y Valdivieso (2008)**, Sostienen que la depresión está asociada a una diversidad de enfermedades somáticas y psíquicas, constituyendo muchas veces la manifestación inicial de una enfermedad física no diagnosticada, otras veces puede ser secundaria a la presentación, o al tratamiento de una enfermedad física asociada, siendo así, que entre los desórdenes descritos y vinculados con la depresión estén las enfermedades autoinmunes.

Rotando en el año (1993) citado por **Egoavil en (1998)**, es un estado de ánimo que puede variar de duración desde unos instantes a horas o días, hasta varios meses; estado emotivo de activación psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológica.

Caballo (2001), manifiesta que es un trastorno que se presenta durante los años de la adolescencia y se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales.

Cecilia (2002), sostiene que es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorios del estado de ánimo que son características de la

vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

Hipócrates, Citado por **Saita (2000)**, fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola por principio como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía y haciendo una descripción clínica de esta mencionado a los cuatro humores corporales.

2.2.2.3 Tipos de Depresión

2.2.2.3.1. Depresión Mayor

La depresión mayor es la forma más frecuente de depresión. Se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo que dura más de dos semanas e incluye uno o ambos de los signos primarios de depresión:

- Sentimientos abrumadores de tristeza o pesar.
- Pérdida del interés o placer de las actividades que habitualmente disfruta.

La gente que tiene depresión mayor, también muestra por lo menos cuatro de los siguientes signos y síntomas regularmente, o todos los días:

- ✓ Pérdida o aumento significativo de peso.
- ✓ Alteraciones del sueño.
- ✓ Movimientos lentos o inquietud.

- ✓ Fatiga o falta de energía.
- ✓ Baja autoestima o sentimientos de culpa inapropiados.
- ✓ Sentimientos de inutilidad o culpa.
- ✓ Sentimientos de impotencia o desesperanza.
- ✓ Dificultad para pensar o concentrarse.
- ✓ Pérdida de deseo sexual.
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

La depresión mayor puede presentarse sólo una vez o pueden tenerse recaídas. Después del primer episodio de depresión mayor, hay una probabilidad mayor del 50% de presentarla de nuevo.

El primer episodio puede empezar a cualquier edad, pero tiene mayor probabilidad de ocurrir entre los 25 y 44 años de edad. La depresión mayor es más frecuente en mujeres que en hombres. Los eventos estresantes de la vida y las pérdidas significativas son los dos factores precipitantes más comunes de este tipo de depresión.

2.2.2.3.2 Distimia

Esta es una forma prolongada de depresión leve caracterizada por una perspectiva persistentemente sombría, dura de manera común por lo menos dos años, y algunas veces más de cinco.

La Distimia puede interferir con el trabajo y la vida social; de hecho, muchas personas con este trastorno se aíslan socialmente y son menos productivas. Se tiene un riesgo mayor de desarrollar depresión mayor si se padece Distimia.

Los signos y síntomas de la Distimia son como los de la depresión mayor pero no tan intensos, y la persona puede no presentar mucho de ellos. Estos pueden incluir:

- ✓ Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Inquietud o lentitud.
- ✓ Problemas de sueño.
- ✓ Pérdida o aumento de peso.

Algunas personas con Distimia recuerdan haber tenido sentimientos de depresión en la infancia o adolescencia.

Algunas desarrollan Distimia después de los 50 años de edad, muchas veces después de una enfermedad. Por lo menos 75% de los individuos con Distimia tienen otros problemas de salud.

2.2.2.3.3. Trastorno de Adaptación

Los trastornos de adaptación preceden a menudo a la depresión mayor. Por lo regular después de una pérdida, o evento muy estresante es perfectamente comprensible sentirse tenso, triste, abrumado o enojado. De modo

eventual, la mayoría de la gente se adapta a las consecuencias de estos factores estresantes de la vida, pero algunas no. Esto es lo que se conoce como trastorno de adaptación, cuando la respuesta a un evento o situación estresante causa signos y síntomas de depresión, pero éstos no son lo suficientemente intensos como para cumplir los criterios de depresión mayor.

Los médicos utilizan los siguientes criterios para diagnosticar un trastorno de adaptación:

Síntomas emocionales o de comportamiento en respuesta a un evento identificable que ha ocurrido en los últimos tres meses.

La respuesta al evento excede de la reacción que normalmente se esperaría. Los síntomas no se deben únicamente a aflicción o desamparo.

2.2.2.3.4. Trastornos Bipolares

Algunas personas con depresión tienen ciclos recurrentes de depresión y euforia (manía). Esta enfermedad incluye emociones en ambos extremos (polos), se le conoce también como depresión maníaca o trastorno maniaco depresivo. En contraste con la depresión, en una fase maníaca la persona se siente con gran energía.

Los signos y síntomas de la manía incluyen:

- Euforia anormal o excesiva.

- Energía marcadamente aumentada.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Irritabilidad inusual.
- Creencias irreales en las propias capacidades y poderes.
- Conversación incrementada.
- Pensamientos atropellados.
- Juicio deficiente.
- Deseo sexual aumentado.
- Comportamiento social provocativo, impertinente o agresivo.
- Abuso del alcohol o las drogas.

El trastorno bipolar no es tan frecuente como la depresión mayor o la Distimia.

2.2.2.4. Otras Dimensiones de la Depresión

Además de identificar el tipo de depresión, se debe considerar la seriedad de la enfermedad y el patrón de síntomas, ya que esto ayuda a detectar la forma más eficaz de tratamiento. Existen varios subtipos de depresión, algunos de ellos ocurren con frecuencia, otros son raros.

2.2.2.4.1. Depresión Leve o Seria:

La depresión mayor puede oscilar entre leve y seria. La depresión leve implica síntomas que no son tan intensos y que interfieren mínimamente en la vida diaria y en las relaciones. La depresión moderada incluye síntomas más intensos y más alteraciones en el trabajo, escuela, familia

y relaciones. La depresión seria implica un gran número de síntomas depresivos y una interferencia significativa en las actividades diarias. En casos extremos, la gente con depresión seria puede no ser capaz de trabajar o de cuidarse a sí misma (Gasto, Vallejo y Menchón, 1993). }

2.2.2.4.2. Depresión Suicida

Esta se refiere a síntomas tan graves que un individuo piensa con frecuencia en suicidarse o hace un intento de suicidio.

2.2.2.4.3. Depresión Aguda o Crónica

Si los síntomas duran un período corto, claramente definido, la depresión es llamada aguda. Si los síntomas han estado presentes más de seis meses, se le considera crónica.

2.2.2.4.4. Depresión Recurrente:

Un episodio único de depresión significa que no tiene historia previa de depresión. Como su nombre implica, la depresión recurrente se refiere a más de un episodio de la misma.

2.2.2.5. Diagnóstico de la Depresión:

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista

clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, cuán serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. Quien diagnostique también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Actualmente tienen competencias en este diagnóstico los psiquiatras (licenciados en medicina, especializados en psiquiatría), psicólogos clínicos (licenciado o grado en psicología, especializado en psicología clínica) y en España, según el sistema universitario previo a los grados, también tienen competencias en ello los licenciados en psicología.

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton.

Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada fiabilidad.

Desde la terapia de conducta el objetivo del diagnóstico está en realizar una evaluación individual, cuyos datos permitirán el diseño individual de tratamiento y controlar dicho proceso. Los cuestionarios no serían usados para comparar distintos sujetos o para comprobar si alcanza una determinada puntuación. Sino que permiten comparar la puntuación antes y después del tratamiento, como una medida de control sobre las variables psicológicas en cuestión.

2.3 El Adulto Mayor: Ingreso a la Tercera Edad

a) La edad cronológica

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

b) La edad física

Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones. Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan. Se recomienda mantener un cuidado del

cuerpo acudiendo a revisión médica de manera preventiva y permanecer activos durante el mayor tiempo posible.

c) La edad psicológica

El significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo.

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos es causado por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc.

En cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual.

Para retardar las modificaciones, es recomendable mantenerse activo, relacionarse, hablar con otras personas, realizar actividades placenteras, comentar noticias y acontecimientos recientes.

En cuanto al aprendizaje, durante la vejez es posible seguir aprendiendo cosas nuevas, quizá en algunos casos se necesite un mayor tiempo y estrategias didácticas específicas, sin embargo, el aprendizaje es de la misma calidad que cuando se era más joven.

d) La edad social

La vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social.

Es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas adultas mayores.

La vejez es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas. Por ejemplo: para muchos grupos sociales las personas adultas mayores no deben enamorarse, o no deben participar en las decisiones familiares o sociales, etc.

Por el contrario, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad.

“Las personas adultas mayores forman parte de una sociedad que necesita de ellas, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de la misma”.

Para concluir, es importante mencionar que hay disciplinas dedicadas al estudio de esta etapa de la vida y que tenemos que ir incorporando a nuestro conocimiento.

2.3.1 Características del Adulto Mayor en un Asilo

- ❖ Deterioro cognitivo (pérdida de memoria, capacidad para tomar decisiones, capacidad de cuidarse por sí solo) de la persona adulta mayor.
- ❖ Dependencia funcional (física y para caminar) en actividades de vida diaria básicas e instrumentales (baño, vestido, alimentación, citas médicas, tomarse medicamentos, arreglo personal, viajar en bus, conducir).
- ❖ Sentimientos de soledad, aislamiento social del Adulto Mayor (no tiene comunicación con familiares, amigos, vecinos, siente tristeza, está solo).
- ❖ Dentro de las enfermedades neurológicas o mentales están: el alzhéimer, demencia senil.

A esto le añadimos enfermedades sociales como:

- 1.- Aislamiento social.
- 2.- Escasa o nula oportunidad de trabajo.
- 3.- Poco o nulo acceso a parques donde puedan encontrar juegos apropiados a su edad para la realización de actividades físicas.
- 4.- Discriminación familiar, si no aporta económicamente con su pensión de jubilado.

2.4 La familia y el adulto mayor

Ramos (2011) nos expresa que muchas familias viven con una persona adulta mayor, una persona que durante muchos años asumió un rol protagónico en la vida de la familia, fue autónomo, libre e independiente. Ahora, los familiares de tienen que enfrentar el proceso de transformación del adulto, de las características antes mencionadas, a una persona que en su vida adulta, requiere

apoyo, supervisión, cuidado, porque enfrenta procesos de enfermedad, alteraciones de la memoria, orientación con la realidad, alteraciones emocionales, mayor dependencia u otros factores. La sola idea de ver a un padre o una madre transformados en personas que presentan mayores angustias, temores, que demandan mayores cuidados a nivel médico, nutricional, psicológico, puede desorganizar a una familia. Lamentablemente hay familias que reaccionan con enojo, incomprensión, rechazo, ira, en algunos casos hasta agresión. Lo primero que hay que entender es que para nadie es fácil asumir esta transformación, es renunciar a la imagen anterior, y asumir una nueva, lo que implica hacer un proceso de duelo, ¿por qué un proceso de duelo?, porque esto es una pérdida, las familias deben aceptar que ya el abuelo no maneja, le da miedo salir solo 17 a la calle, o que la abuela no cocina como antes y quizá prefiere estar todo el día en casa. Una vez que la familia asume este proceso, debe entender y hacer varias cosas para sobrellevar este proceso de manera que tanto ellos como los adultos mayores tengan una vida digna y emocionalmente gratificante:

- ✓ **Organización y administración cooperativa:** Este es un elemento clave en el que hijos y nietos deben ayudar a que el cuidado sea un proceso de todos, para evitar que las funciones se recarguen en una sola persona, que a su vez tiene otros roles, pues esto crea cansancio e irritabilidad lo que muchas veces es precursor de acciones de cuidado inadecuadas.
- ✓ **Comprensión y evitación de la confrontación:** Si el adulto mayor presenta alteraciones de memoria u orientación con la realidad es importante consultar con un médico geriatra que oriente a la familia

sobre un posible tratamiento y cuidado. A su vez, muchas familias, tiende a confrontar, descalificar o incluso burlarse de las cosas que dicen o hacen, muchas veces, si la razón es de corte orgánica, la persona no actúa de forma consciente, por lo que es bueno desarrollar un dialogo en la misma frecuencia que ellos la desarrollan, mientras sea posible, es bueno ayudarles a ubicarse en la realidad, pero si no lo logran, se debe evitar caer en maltratos, mofa o regaños.

- ✓ **Recreación y atención integral:** Es sano que la familia se organice para que el adulto mayor pueda disfrutar de espacios abiertos como: paseos cortos, visita a lugares donde haya naturaleza, llevarlos a visitar a sus amistades y familiares, todo esto contribuye a un sano equilibrio de la tensión, estrés, ansiedad, da factores protectores a nivel depresivo, etc.
- ✓ **Busca actividades de su interés:** Muchas familias buscan llevar a los adultos mayores a centros diurnos u otro tipo de actividades, sin tener en consideración los gustos y las preferencias de ellos, no debemos olvidar que son personas y la edad no suprime los derechos, de ahí que es importante saber concertar, buscar alternativas que les agraden, que estén en correlación con su estado de salud.
- ✓ **Espacios de escucha e intercambio afectivo:** Es importante que los adultos mayores se sientan escuchados y amados, así que el abrazar, besar, sentarse a escuchar su música, leerles un libro, hacer cualquier cosa que de calidez, contribuirá de forma positiva al equilibrio emocional y crea una mejor disposición física. No se puede perder de vista ya que mucho de lo que se hace por ellos, ayuda a que la familia desarrolle un

proceso de relación sano, en el que el disfrute y el respeto facilitan la sensación de integralidad, paz y armonía necesarios para todos.

2.4.1 Relaciones familiares y adultos mayores

Rodríguez (2013) nos menciona que la familia como red social de apoyo acrecienta su importancia durante el envejecimiento, pues es una etapa donde los ancianos tienden a retraerse de otras relaciones sociales. De ahí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. Este continúa siendo el mejor recurso de apoyo a pesar de la imagen de que la atención a los padres se ha degradado en las últimas décadas. Santamaría, et al (2010) nos expresa que existen dos procesos sociales en la actualidad que complican el envejecimiento y contribuyen a la vulnerabilidad ante trastornos psicológicos: los cambios en la estructura tradicional de la familia y el síndrome de la invisibilidad. Muchas familias aíslan al anciano, o lo estresan dándole responsabilidades por encima de sus capacidades.

Los individuos y la sociedad en general frecuentemente dan la ‘ espalda a las necesidades físicas, sociales, económicas y psicológicas.

2.4.2 Rol del adulto mayor en la familia

Muchos adultos mayores sienten que con el pasar de los años su papel al interior de la familia pasa a un segundo plano, lo que hace que se sientan aislados o que son una “carga” para quienes los cuidan, llegando al punto de irse a una casa de acogida o quedar en el completo abandono. Del mismo modo la familia se ha tomado como un enfoque sistémico, caracterizándola por un grupo de personas, definido por una relación de

pareja lo suficientemente duradera como para asegurar la protección y crianza de los hijos, este esclarecimiento primordial es para asegurar protección y seguridad de cada uno de sus miembros de la familia. Sin embargo, no siempre la familia cubre estas necesidades, en el caso del adulto mayor las relaciones fundamentales que establece dentro de la familia son muchas veces insatisfechas o más conflictivas, bien sea con su pareja, con los hijos o con los nietos. Las familias con uno o más miembros adultos mayores tienen un ciclo vital familiar muy particular.

El paso de los años cambia el papel del adulto mayor dentro de la familia, en muchos casos los roles de guía y orientadores pasan a ser desempeñados por los hijos y ellos quienes años atrás fueron los protagonistas pasan a ser “dependientes” de sus hijos. Una dependencia que ocasiona conflictos cuando no está bien resuelta. Sin duda, el tema económico y social también genera desestabilización, la exigencia de quedarse al cuidado de la casa, o de algún miembro de menor edad cuando todos los demás tienen obligaciones externas que cumplir.

Para ello es imprescindible que los adultos mayores expresen su sabiduría, ganada por los años y las experiencias vividas, a cada uno de los miembros de una familia, eso sí, sin intervenir en los roles que cada uno tiene al interior de ésta.

La extensa experiencia y conocimiento de los adultos mayores ayudará a la formación de valores, tanto a sus hijos como a sus nietos.

Los adultos mayores son una pieza fundamental dentro de la familia, ya que tienen la experiencia, la sensatez, el criterio y el amor para ayudar en la educación de los nietos.

También podemos describir que el adulto mayor ha perdido su lugar central en las sociedades modernas, perdiéndose dentro del ámbito familiar, descartando que son una gran fuente de conocimientos adquiridos a partir de sus experiencias. El factor familia es también clave para el Adulto Mayor .vivir con los parientes es, en términos generales, recomendable; seguir ligado a su familia lo fortalece emocional y afectivamente. El clima afectivo es el espacio, el “calor de hogar”, siendo la familia un lugar para sentirse querido. Sin embargo la pérdida de ésta, es visible que como fuente de apoyo y afecto es irremplazable, teniendo en cuenta que nos hallamos en una sociedad que no está preparada aún para aceptar la vejez como una consecuencia natural de la vida misma. Entrar a una edad avanzada, lleva obligatoriamente el mensaje de “no apto para ciertas cosas”, incluida la de las oportunidades laborales, porque aparentemente ya son “viejos”. La ignorancia colectiva hace pensar que una persona de edad avanzada representa una imposición de responsabilidad o “hacerse cargo” de ellos. Sin embargo, hoy existen esfuerzos para modificar la percepción de vejez y el aporte de los adultos mayores en el desarrollo de la sociedad. El envejecimiento es el fruto final de una buena calidad de vida, en la que se ha satisfecho las necesidades fundamentales, se han alcanzado los intereses y expectativas propuestos a lo largo de cada etapa vital.

2.4.3 El abandono del adulto mayor por parte de la familia

Como se ha comentado anteriormente, la desaparición de la familia extensa tradicional ha dado paso a un equivalente, la familia extensa modificada, que viene a confirmar la fuerza de la necesidad que tienen entre sí las tres generaciones (o más dada la longevidad que se alcanza actualmente) que la constituyen y puede verse incrementada.

La familia sigue siendo el principal soporte social del adulto mayor. La mayoría de los ancianos viven en sus propios domicilios, situación que mantienen, salvo que condiciones de salud o económicas les obliguen a abandonarla. El abandono que sufre el adulto mayor es una realidad que se vive a diario, son varias las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar. El adulto mayor es afectado en un principio con un abandono social familiar, es decir, se rompe la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento desplazando al sujeto a un margen del olvido que es una persona y no un objeto que sirve para decorar el hogar.

2.4.4 Causas que generan el abandono de adulto mayor

Hernández, (2003) manifiesta que el abandono es una falta de responsabilidad parental y social, que ocasiona una omisión ante las necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los familiares.

Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, entre otras omisiones graves.

Existen muchos factores que pueden ocasionar el abandono del adulto mayor. Las condiciones de pobreza o de hacinamiento, relaciones afectivas y la misma forma de percibirlo.

Las siguientes son posibles causas y condiciones que pueden incrementar el riesgo del abandono del adulto mayor:

La edad, la enfermedad, la soledad y las condiciones económicas condicionan que muchos ancianos abandonen la vida en su propio domicilio. Esta situación se da menos entre las mujeres que viven solas más tiempo, aunque precisen ayuda ocasional para tareas pesadas. El número de adultas mayores que viven solas es proporcionalmente muy superior, aspecto que también se puede ver condicionado por su mayor longevidad y el hecho de que se suelen casar con hombres de mayor edad.

A medida que la red familiar es más débil, el riesgo de institucionalización aumenta especialmente con la edad y la enfermedad. En nuestra sociedad el porcentaje de ancianos residentes en instituciones es reducido (alrededor del 10%), sin duda condicionado por la fortaleza de las relaciones familiares.

2.5. HIPÓTESIS

2.5.1. Hipótesis General:

Existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de los ancianos desamparados de Piura 2014.

2.5.2. Hipótesis Específicas:

El nivel de Clima Social Familiar que predomina en el Adulto Mayor de los Ancianos Desamparados de Piura 2014 es Promedio.

El nivel de Depresión que predomina en el Adulto Mayor de los Ancianos Desamparados de Piura 2014 es Ambulatoria.

Existe relación significativa entre la dimensión Relaciones del Clima Social Familiar y la Depresión en el Adulto Mayor de los Ancianos Desamparados de Piura 2014.

Existe relación significativa entre la dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar y la Depresión en el Adulto Mayor de los Ancianos Desamparados de Piura 2014.

Existe relación significativa entre la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y Depresión en el Adulto Mayor de los Ancianos Desamparados del Distrito de Piura 2014.

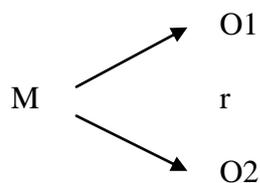
III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de la investigación.

El presente estudio pertenece al tipo Cuantitativo, con un nivel Descriptivo – Correlacional. Descriptivo, porque permite describir y medir las diferentes variables del estudio y sus componentes; ya que se va a determinar el grado de relación que existe entre las variables: Clima Social Familiar y la Depresión.

3.2. Diseño de investigación:

La presente investigación es no experimental, porque la variable de estudios no son manipuladas, pertenecen a la categoría transeccional transversal, ya que se recolectaron los datos en un solo momento y tiempo único, teniendo como propósito describir variables y analizar su incidencia en interrelación en un momento dado. Hernández (2006). Para esta investigación se tomará en cuenta el diseño Correlacional debido a que la medición de las variables se hará con una misma muestra. El diseño se esquematiza de la siguiente manera:



Dónde:

Muestra

Clima Social Familiar

Depresion

Relación entre las dos Variables

M: muestra adulto mayor del Hogar de Ancianos Desamparados.

O_x: Medición de Clima Social Familiar

O_γ: Depresion

R: Relación entre las dos Variables

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados del Departamento de – Piura 2014.

3.3.2. Muestra

Para el siguiente estudio se contó con una muestra de 102 adultos mayores. La muestra se constituyó por las unidades muestrales que se pudieron evaluar, que sean accesibles o que sean favorables; la muestra ha sido seleccionada bajo el criterio no probabilístico por conveniencia donde se ha considerado 100 ancianos, tomando como base los siguientes criterios:

Criterio de Inclusión:

Todos los adultos mayores que asistieron a la aplicación.

Criterios de Exclusión:

- Ancianos que no aceptaron participar
- Ancianos que no estaban aptos para la prueba. (iletrados)

3.4.- Definición y Operacionalización de la variable.

3.4.1 Clima social familiar

Definición Conceptual (D.C): Entendido como la percepción que se tiene del ambiente familiar, producto de las interacciones entre los miembros del grupo

familiar, en el que se considera la comunicación, la libre expresión, la interacción

Conflictiva que la caracteriza, la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, la organización familiar y el control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros.

Definición operacional (D. O): El clima social familiar fue evaluado a través de una escala que considera las siguientes dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad.

VARIABLE	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	ITEMS	
CLIMA SOCIAL FAMILIAR	RELACIONES	Cohesión	1,11,21,31,41,51,61,71,81	
		Expresividad	2,12,22,32,42,52,62,72,82	
		Conflicto	3,13,23,33,43,53,63,73,83	
	DESARROLLO	Autonomía	4,14,24,34,44,54,64,74,84	
		Área de Actuación	5,15,25,35,45,55,65,75,85	
		Área social Recreativo	7,17,27,37,47,57,67,77,87	
		Área intelectual Cultural	6,16,26,36,46,56,66,76,86	
		Área de moralidad - religiosidad	8,18,28,38,48,58,68,78,88	
		ESTABILIDAD	Área de Organización	9,19,29,39,49,59,69,79,89
			Área de control	10,20,30,40,50,60,70,80,90

De acuerdo a los puntajes alcanzados en el instrumento, se establecieron las siguientes categorías:

Puntajes

- Muy buena : 59 a +
- Buena : 55 a 58

- Media : 48 a 52

- Mala : 41 a 45
- Muy mala : 40 a –

3.4.2 Depresión

Definición Conceptual (D.C): La depresión es un trastorno en el estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, ira, frustración y soledad e impiden que la persona continúe con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongado.

Definición Operacional (D.O): Se mide con la escala de auto medición de la depresión

	DIMENSIONES	ITEMS
DEPRESIÓN	ESTADOS AFECTIVOS	1, 2
	TRASTORNO FISIOLÓGICO	3,4,5,6,7,8,9,10
	TRASTORNO PSICOMOTORES	12,13
	TRASTORNOS PSIQUICOS	11,14,15,16,17,18,19,20.

INDICE EAMD

INTERPRETACIÓN

- Menos de 40 Dentro de los límites normales
- No hay Depresión presente.
- De 41 – 60 Desorden Emocional.
- De 61 – 70 Depresión Situacional
- De 71 o más De 52 bulatoria (Tratamiento).

3.5. Técnicas e Instrumentos

3.5.1 Técnicas: Cuestionarios

3.5.2 Instrumentos: El instrumento a utilizar será:

La Escala de Clima Social Familiar (FES) de RH. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickeet y la Escala de auto-medición de depresión de Zung y Zung.

3.5.2.1 Escala de Clima Social Familiar FES

Ficha Técnica

Nombre Original :	Escala de Clima Social Familiar (FES)
Autores :	RH. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickeet
Adaptación :	TEA Ediciones S.A., Madrid, España, 1984. Estandarización para Lima: César Ruíz Alva y Eva Guerra Turín.
Administración :	Individual y Colectiva
Duración :	Variable (20 minutos Aproximadamente)
Significación :	Evalúa las características socio ambientales y las relaciones personales en familia.
Tipificación :	Baremos para la forma individual o grupal, elaborado con muestras para Lima Metropolitana.
Dimensiones que mide :	Relaciones (Áreas: Cohesión, Expresividad. Conflicto), Desarrollo (Áreas: Autonomía, Actuación, Intelectual- cultural, Social- Recreativo y Moralidad- Religiosidad), Estabilidad (Áreas: Control y Organización).

Validez: Validez externa: Se asegurará la validez externa presentando el instrumento a 3 expertos en el área a investigar, quienes con sus sugerencias brindarán mayor calidad y especificidad al instrumento.

Validez interna: Para la validez interna, se obtendrá a través del análisis de correlación ítem-test, utilizando para ello el estadístico de Correlación de Pearson.

Confiabilidad:

Para medir la confiabilidad del instrumento se utilizara el índice de confiabilidad Alfa de Cron Bach. La validez y confiabilidad se realizará en cada sub proyecto que se derive del Proyecto línea de investigación.

3.5.2.2 ESCALA DE AUTO MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN

(EAMD)

Ficha Técnica

AUTOR: William Zung y Zung.

Se trata de una escala breve, auto aplicado en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados.

Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores:

Factor depresivo

Factor biológico

Factor psicológico

Factor psicosocial: descrito por Conde y cols, y formado por los ítems 14, 18 y 19.

Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas.

El marco de referencia temporal es el momento actual.

Para evitar el sesgo del “acostumbramiento” en las respuestas, se alternan ítems realizados en sentido positivo con ítems en sentido negativo.

Junto con el BDI es la escala auto aplicada más utilizada en la depresión.

Esta escala está adaptada y validada al español (Conde, 1967).

La Escala de Auto medición de la Depresión (EAMDD) de William Zung y Zung, también conocido como Escala de Depresión de Zung; el mismo que establece un marco de referencia de las conductas ansiosas, basado en un cuestionario de 20 frases o relatos referidos por el paciente a manifestaciones de características de depresión como signo significativos en relación a trastornos emocionales.

La Escala de Depresión de Zung consiste en un cuestionario de 20 frases, informes o relatos. Cada uno de los cuales se refieren a un síntoma o signo característico de la depresión.

En conjunto a las 20 frases abarcan síntomas depresivos, como expresión de trastornos emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas de elección tituladas:

Así mismo se observa que en el lado izquierdo de la tabla de evaluación, comprende cuatro columnas en blanco encabezado por las respuestas: “Muy pocas veces”, “Algunas veces”, “Muchas veces” y “Casi siempre”.

A los examinados les es imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque la mitad de los ítems están redactados como síntomas positivos y la otra mitad como síntomas negativos; la aplicación puede ser individual o colectiva.

Forma de Evaluación:

Para su aplicación se le pide al sujeto que ponga una marca en el recuadro que el considere más adecuado a como se ha sentido en la última semana.

Calificación del Instrumento:

Par obtener la calificación del instrumento, se coloca la hoja de respuestas bajo la guía de puntuación y se escribe el valor de cada respuesta en la columna de la derecha y la suma de todas ellas al pie de la página.

Para obtener el grado de depresión se compara la Escala obtenida con la escala clave para efectuar el recuento, con un valor de 1, 2, 3, 4 en orden variable según si la pregunta está formulada en sentido positivo o negativo.

Luego se suman todos los valores parciales. A continuación se convierte la puntuación total en un índice basado en 100.

En este sentido, con la Escala EAMD, se intenta estimar el estado de depresión presente en términos de medición cuantitativa de niveles de depresión, al margen de la causa.

Por otro lado esta Escala nos permite relacionar los síntomas depresivos y las frases de la EAMD. Aunque estas frases están escritas en el lenguaje común del paciente con depresión. Cada una de ellas identifica un síntoma reconocido de la depresión. Entonces se tiene una lista de dichos síntomas y las frases que los expresan. Siendo descrito de la siguiente manera:

	DIMENSIONES	ITEMS
DEPRESIÓN	ESTADOS AFECTIVOS	1, 2
	TRASTORNO FISIOLÓGICO	3,4,5,6,7,8,9,10
	TRASTORNO PSICOMOTORES	12,13
	TRASTORNOS PSIQUICOS	11,14,15,16,17,18,19,20.

NIVELES DE DEPRESIÓN QUE CONSIDERA EL

INSTRUMENTO

INDICE EAMD

INTERPRETACIÓN

Menos de 40

Dentro de los límites normales

No hay Depresión presente.

De 41 – 60	Desorden Emocional.
De 61 – 70	Depresión Situacional
De 71 o más	Depresión Ambulatoria (Tratamiento).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

Zung (1965) valida las escalas (EAA y EAMD) aplicándola, en primer lugar a un grupo de pacientes de Consultorio Externo en el DUKE PSYCRHIASTYK HOSPITAL, con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos, obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas standard, antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas, y las recogidas con otras pruebas, se encontró así mismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educativo e ingresos económicos.

En 1968 se realizó la validación de tipo transcultural, aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia y Alemania.

La autoevaluación en dichos países era comparable, encontrando que existen diferencias significativas en un grupo de pacientes con diagnóstico de Depresión Aparente y Pacientes deprimidos. Se obtuvo un índice promedio de 74 pacientes con Diagnóstico de Depresión y en sujetos normales, un promedio de 33. En este

mismo trabajo Zung delimitó sus niveles de cuantificación de la Ansiedad y la Depresión.

Utilizando la Escala de Síntomas Depresivos de Zung (1975) va a encontrar en Estados Unidos, que el 13% de los sujetos de su muestra van a presentar muchos síntomas depresivos. Al igual que en Zaragoza (1983). Se encuentra un 6.8% de sujetos con fuertes síntomas. La prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 13 y 20% de la población, según BOYD Y NEISSMAN (1982). Así mismo en España con la Escala de Síntomas de Zung, se encontró una prevalencia del 7%. Esto equivale a una cifra de dos millones de adultos.

3.6.- Plan de Análisis.

De acuerdo a la naturaleza de la investigación para el análisis de los datos se utilizó las técnicas de análisis estadístico descriptivo, como son uso de tablas de distribución de frecuencias porcentuales y gráficos; así como el uso de pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas con su respectiva prueba de significancia, dependiendo el comportamiento de la(s) variable(s) en estudio. El procesamiento de la información se realizará utilizando el software estadístico SPSS versión 19 para Windows, con el estadístico probatorio de Pearson y el programa informático Microsoft Office Excel 2007.

3.7 Principios Éticos.

Se contó con la previa autorización de las autoridades de la Institución, previo a la aplicación del cuestionario, de les explicó a los adultos mayores, el objetivo de la investigación; asegurándoles que se mantendrá de manera anónima la información obtenida de los mismos.

Para seguridad de los evaluados se les hizo firmar un consentimiento informado; de manera que; si se rehúsa a firmarlo; se les excluiría del estudio sin ningún perjuicio para ellos.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

TABLA I

RELACIÓN ENTRE CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN EL
ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS
DESAMPARADOS DE LA CIUDAD DE PIURA - 2014

		DEPRESION
CLIMA SOCIAL	Correlación de Pearson	,433**
FAMILIAR	Sig. (bilateral)	,000
	N	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Escala de Clima Social Familiar y Escala de Depresión

TABLA I: Se observa que si existe relación estadísticamente significativa entre el Clima Social Familiar y La Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.

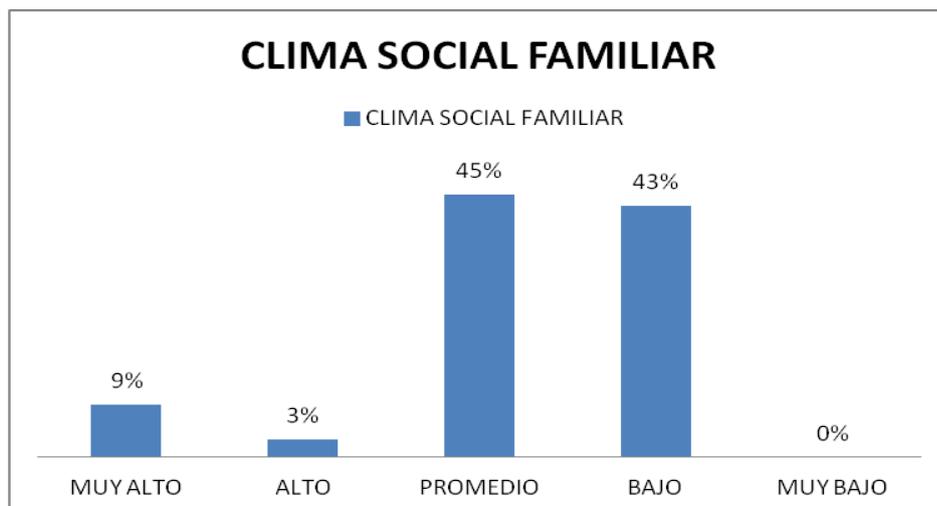
TABLA II

CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE LA CIUDAD DE PIURA-2014

CLIMA SOCIAL FAMILIAR		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY ALTO	9	9%
ALTO	3	3%
PROMEDIO	45	45%
BAJO	43	43%
MUY BAJO	0	0%
TOTAL	100	100%

TABLA II: Se observa que el 9% de los Adultos Mayores del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Piura 2014 obtiene un clima social familiar muy alto, el 3% alto, el 45% promedio y el 43% bajo.

GRAFICO 01



Fuente: ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR

GRAFICO 01: Se observa que el 9% de los Adultos Mayores del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Piura 2014 obtiene un clima social familiar muy alto, el 3% alto, el 45% promedio y el 43% bajo.

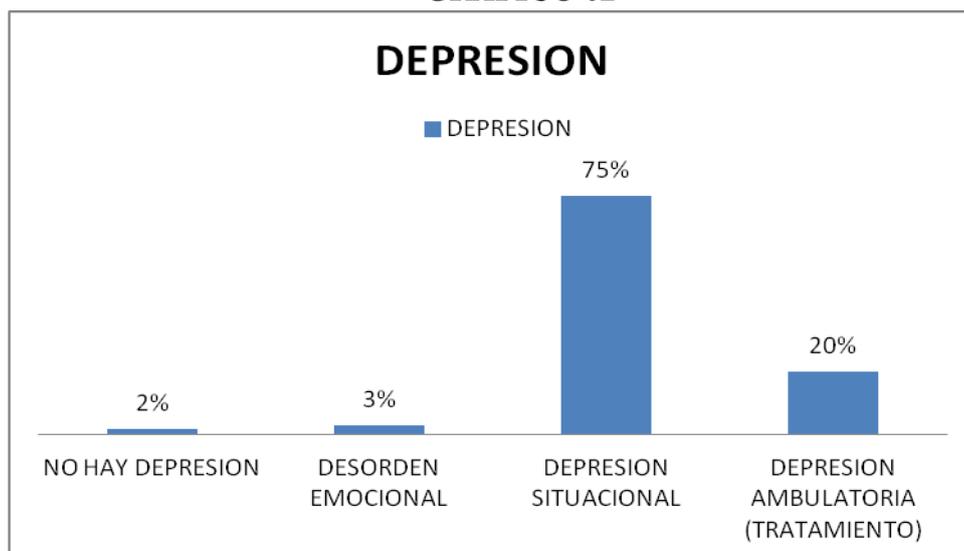
TABLA III

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE LA CIUDAD DE PIURA - 2014

DEPRESION		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO HAY DEPRESION	2	2%
DESORDEN EMOCIONAL	3	3%
DEPRESION SITUACIONAL	75	75%
DEPRESION AMBULATORIA (TRATAMIENTO)	20	20%
TOTAL	100	100%

TABLA III: Se observa que el 2% de los Adultos Mayores del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Piura 2014 No tiene Depresión, el 3% evidencia un Desorden Emocional, el 20% Depresión Ambulatoria y el 75% Depresión Situacional.

GRAFICO 02



Fuente: ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG Y ZUNG

GRAFICO 02: Se observa que el 2% de los Adultos Mayores del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Piura 2014 No tiene Depresión, el 3% evidencia un Desorden Emocional, el 20% Depresión Ambulatoria y el 75% Depresión Situacional.

TABLA IV

RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN DE RELACIONES DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE LA CIUDAD DE PIURA - 2014

		DEPRESION
DIMENSION	Correlación de Pearson	,071
RELACIONES	Sig. (bilateral)	,484
	N	100

Fuente: Escala de Clima Social Familiar y Escala de Depresión

TABLA IV: Se observa que No existe relación estadísticamente significativa entre la Dimensión de Relaciones del Clima Social Familiar y La Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.

TABLA V

RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN DE DESARROLLO DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE LA CIUDAD DE PIURA - 2014

		DEPRESION
DIMENSION	Correlación de Pearson	,071
DESARROLLO	Sig. (bilateral)	,484
	N	100

Fuente: Escala de Clima Social Familiar y Escala de Depresión

TABLA V: Se observa que No existe relación estadísticamente significativa entre la Dimensión de Desarrollo del Clima Social Familiar y La Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.

TABLA VI

RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ESTABILIDAD DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS DE LA CIUDAD DE PIURA - 2014

		DEPRESION
DIMENSION	Correlación de Pearson	,573**
ESTABILIDAD	Sig. (bilateral)	,000
	N	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Escala de Clima Social Familiar y Escala de Depresión

TABLA VI: Se observa que Si existe relación estadísticamente significativa entre la Dimensión de Estabilidad del Clima Social Familiar y La Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.

4.2.- Análisis de Resultados

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación existente entre el clima social familiar y la Depresión del Adulto Mayor del Hogar de los Ancianos Desamparados – Piura 2014, habiéndose obtenido como resultado que si existe relación entre las variables en mención, lo que se concluye que son variables dependientes, es por eso que lo que se define como Clima Social Familiar a la apreciación de las características socio ambientales de la familia, la misma que es descrita en función de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, los aspectos del desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica influirá en lo que define Zung y Zung a la depresión como la alteración de la capacidad afectiva, y no solo es la tristeza sino también, la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean. El estudio ha permitido evidenciar que el clima social familiar de la mayoría de los adultos, es estable y esta apreciación se desprende toda vez que, en su mayoría, dichos adultos mayores se ubican en los niveles promedio del clima social familiar. Entonces, la atmósfera que se vive dentro de ella estaría beneficiando o afectando la salud emocional de este adulto mayor y los conflictos existentes en el entorno familiar estarían jugando su papel en el desencadenamiento del cuadro depresivo. En este sentido, el trabajo Torres en el 2013 se adhiere a esta tendencia de hallazgos sobre disfuncionalidad familiar en adultos mayores con diagnóstico de depresión.

Cuyos resultados se han visto similares, determinando así que existe relación entre la depresión y la funcionalidad familiar también se encontró que el 31%

presentaba algún grado de depresión y el 50% percibía a su familia como disfuncional.

Al examinar los resultados generales obtenidos, lo primero que salta a la vista es que la mayoría de la muestra estudiada se caracteriza por tener clima social familiar promedio, de 100 adultos mayores que representan la muestra total, 45 de ellos se ubicaron en el nivel promedio (45%), 9 de ellos se ubicaron en un nivel muy alto (9%), 3 de ellos se ubican en un nivel alto (3%), 43 de ellos en un nivel bajo (43%), es decir menos del 50% de la muestra total se ubicaron en un nivel promedio, esto nos refiere que aparentemente la mayoría de los adultos mayores están dentro de los parámetros esperados, que eso les permite tener adecuadas relaciones interpersonales así como socio emocional dentro de las exigencias y experiencias de su entorno. (Moos, 1979)

Asimismo, se evidencia que el Adulto Mayor del Hogar de los Ancianos Desamparados – Piura 2014 el 75% presente Depresión situacional, el 20% Depresión Ambulatoria, 3% Desorden Emocional y solo el 2% no tiene Depresión.

En base a los objetivos específicos de nivel correlacional, encontramos así que no existe relación entre las dimensiones Relaciones y Desarrollo del Clima Social Familiar y Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.

Es así que lo que se entiende o define como Dimensión Relaciones al grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza y como Dimensión Desarrollo a la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden

ser fomentados, o no, por la vida en común, no influirá en la depresión en lo que define Zung y Zung a la depresión como la alteración de la capacidad afectiva, y no solo es la tristeza sino también, la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean, en la población del Adulto Mayor del Hogar de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.

Por otro lado se encontró relación entre la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de los Ancianos Desamparados – Piura 2014, es así que lo se define a la dimensión Estabilidad como la estructura y la organización de la familia y sobre el grado de control que unos miembros de la familia ejercen sobre otros, influirá de manera directa en el desarrollo de la depresión.

Se conoce que una de las necesidades elementales del ser humano es la filiación, como red disponible de interacciones en diferentes campos, tales como: familiar, recreativo, laboral, político, religioso, afectivo, entre otras. Así cuanto más compleja y variada la red disponible de interacciones dentro de un ambiente determinado, menos depresión para el individuo.

4.3.- Contrastación de Hipótesis

De lo hasta aquí desarrollado, a lo largo de la presente investigación, el análisis y contrastación de las variables correspondientes a las hipótesis, objeto de la presenta tesis, permite determinar que se Aceptan:

Hipótesis General:

H1: Existe relación significativa entre el Clima Social Familiar y La Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.

Hipótesis Específicas

H2: En el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, se ubican en un nivel Promedio de clima social familiar.

Hipótesis Específicas Correlacionales:

H6: Existe relación significativa entre la Dimensión de Estabilidad del Clima Social Familiar y La Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.

Se Rechazan:

Hipótesis Específicas

H2: el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, se ubican en un nivel de Depresión Ambulatoria.

H4: Existe relación significativa entre la Dimensión Relaciones del Clima Social Familiar y La Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.

H5: Existe relación significativa entre la Dimensión de Desarrollo del Clima Social Familiar y La Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- ✓ Existe relación entre clima social familiar y la Depresión del Adulto Mayor del Hogar de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.
- ✓ Existe un nivel Promedio de Clima Social Familiar del Adulto Mayor del Hogar de los Ancianos Desamparados Piura 2014.
- ✓ Existe un nivel Depresión Situacional en el Adulto Mayor del Hogar de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.
- ✓ No existe relación entre la dimensión relaciones de clima social familiar y la Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.
- ✓ No existe relación entre la dimensión Desarrollo de clima social familiar y la Depresión Adulto Mayor del Hogar de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.
- ✓ Existe relación entre la dimensión Estabilidad de clima social familiar y la Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de los Ancianos Desamparados – Piura 2014.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar intervenciones terapéuticas para que ayuden al adulto mayor a adaptarse a los cambios sufridos en lo que se refiere Hogar – familia, con institución hogar de los adultos de las hermanitas de los ancianos desamparados
- ✓ Organizar e implementar grupos de apoyo psicológico con la participación de ONG para brindarles información acerca del clima social familiar y su relación con la depresión en el adulto mayor.
- ✓ Se sugiere considerar variables psicológicas como las de esta investigación que repercuten en la vida del adulto mayor y desarrollar de esa manera investigaciones como estas, ya que en nuestra ciudad en general es de mucha importancia valorar este tipo de trabajos.
- ✓ Tener en cuenta el buen estado de desarrollo personal del adulto mayor; trabajar talleres vivenciales que ayuden a disminuir el nivel de depresión situacional
- ✓ Realizar programas vivenciales que permitan mejorar y fortalecer los lazos familiares, así mismo las relaciones interpersonales en el adulto mayor para que no se sienta solo y olvidado en el Hogar del Adulto Mayor de los Ancianos Desamparados – Piura 2014

REFERENCIAS

- Andrade, C. (2011) *“Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011”*
- Benítez 1997, **Definición de Clima Social Familiar.**
- Bomba y Jaklewicz 1997. **La Disfuncionalidad Familiar y La Depresión.**
- Borda, M. (2012) *“Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo*
- Capuñay, J., Figueroa, A., y Varela, L. (2010) *“Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.”*
- Canto, P. y Castro E. (2004) **“DEPRESIÓN, AUTOESTIMA Y ANSIEDAD EN LA TERCERA EDAD: UN ESTUDIO COMPARATIVO”**
- Contreras, R. (2013) *Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro De Salud CESAMICA, Piura – 2013.*
- Crespo, J. (2011) realizó un estudio acerca de *“Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar”*.
- Ruelas, F., Yemira, K. (2010) *“Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín”*.

- Flores (2011) *“Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores”*
- González, M. y Robles E. (2011) *Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro de Atención Psicológica Rodulfa Viuda de Canevaro*
- Juárez J. León A. y Alata V. (2010) *“Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta”*
- Licas, M. (2015) *“Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014”.*
- Pineda (2010) *“El psicólogo ante la presencia de la depresión en el adulto mayor interno en casa hogar “*
- Quijandria, (2009) *“Nivel de depresión del Adulto Mayor y su relación con el grado de independencia, participación en actividades sociales apoyo familiar entre la urbanización Sta. Cristina y el Asentamiento Humano Golfo Pérsico”*
- Ruelas, F. y Yemira, K. (2010) *“Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín”.*
- Torres, I. (2013) *“Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores”*
- R.H. Moos, BS Moos y E.J. Trickeet. Escala de Clima Social Familiar (Cit. Por Ruíz y Guerra 1993) Tipos de Familia.
- Quinto, N. y Sánchez, F. (2012) *“DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A UN CLUB DE LA TERCERA EDAD”.*

ANEXOS

Instrumento: Escala de Clima Social Familiar (FES)

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta en este impreso, una serie de frases. Las mismas que Ud. Tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia.

Si Ud. Cree que respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera marcará en la hoja de Respuesta una (X) en el espacio correspondiente a la V (Verdadero) si cree que es falsa o casi siempre falsa, marcará una (X) en el espacio correspondiente a la F (falso).

Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí en la hoja de respuestas para evitar equivocaciones. La fecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la hoja de respuesta. Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Ud. Sobre su familia, no intente reflejar la opinión de los demás miembros de esta.

(NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO)

.....

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia peleamos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.



11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos pasando el rato.
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.)
17. Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.
18. En mi casa no rezamos en familia.

19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.



21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos.
23. En la casa a veces nos molestamos tanto que a veces golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.

25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Rosa de Lima, etc.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.



31. En mi familia estamos fuertemente unidos.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.
34. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor”
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.
38. No creemos en el cielo o en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.



41. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En la casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez mejor un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas.
51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.
52. En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.
54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.

55. En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.
56. Algunos de nosotros toca algún instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.



61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros al defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.

66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera.



71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.
75. "Primero es el trabajo, luego es la diversión" es una norma en mi familia.
76. En mi casa ver televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son muy rígidas y tienen que cumplirse.



81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
 82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
 83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
-
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
 85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
 86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
 87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.
 88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
 89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
 90. En mi familia, uno no puede salirse con la suya.

(COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES)

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES)

Nombre y Apellidos:.....
 Edad:..... Sexo: Masculino () Femenino () Fecha de Hoy:...../...../.....
 Institución Educativa:.....Grado/ Nivel:.....
 N° de hermanos:..... Lugar que ocupa entre hermanos: 1 2 3 4 5 6 ()
 Vive: Con ambos padres () solo con uno de los padres () Otros:.....
 La familia es natural de:.....

1	11	21	31	41	51	61	71	81
V	F	V	F	V	F	V	F	V
F	V	F	V	F	V	F	V	F
2	12	22	32	42	52	62	72	82
V	F	V	F	V	F	V	F	V
F	V	F	V	F	V	F	V	F
3	13	23	33	43	53	63	73	83
V	F	V	F	V	F	V	F	V
F	V	F	V	F	V	F	V	F
4	14	24	34	44	54	64	74	84
V	F	V	F	V	F	V	F	V
F	V	F	V	F	V	F	V	F
5	15	25	35	45	55	65	75	85
V	F	V	F	V	F	V	F	V
F	V	F	V	F	V	F	V	F
6	16	26	36	46	56	66	76	86
V	F	V	F	V	F	V	F	V
F	V	F	V	F	V	F	V	F
7	17	27	37	47	57	67	77	87
V	F	V	F	V	F	V	F	V
F	V	F	V	F	V	F	V	F
8	18	28	38	48	58	68	78	88
V	F	V	F	V	F	V	F	V
F	V	F	V	F	V	F	V	F
9	19	29	39	49	59	69	79	89
V	F	V	F	V	F	V	F	V
F	V	F	V	F	V	F	V	F
10	20	30	40	50	60	70	80	90
V	F	V	F	V	F	V	F	V
F	V	F	V	F	V	F	V	F

Análisis: _____

**ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG (EAMD)
CLAVE DE CALIFICACIÓN**

Nombre y Apellidos:.....
 Edad:..... Sexo: Masculino () Femenino () Fecha de Hoy:...../...../.....
 Institución Educativa:.....Grado/ Nivel:.....
 N° de hermanos:..... Lugar que ocupa entre hermanos: 1 2 3 4 5 6 ()

N°	ITEMS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE	P.D.
01	Me siento triste y decaído.					
02	Por las mañanas me siento mejor.					
03	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.					
04	Me cuesta mucho dormir por las noches.					
05	Como igual que antes					
06	Aun tengo deseos sexuales.					
07	Noto que estoy adelgazando.					
08	Estoy estreñado.					
09	El corazón me late más rápido que antes					
10	Me canso sin motivo.					
11	Mi mente esta tan despejada como siempre					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.					
14	Tengo confianza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Encuentro fácil tomar las decisiones.					
17	Siento que soy útil y necesario.					
18	Encuentro agradable vivir.					
19	Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.					
20	Me gustan las mismas cosas que antes.					

PROBLEMA	VARIABLES	INDICADORES	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	TECNICAS
¿Cuál es la relación entre Clima Social Familiar y La Depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de Piura 2014?	Clima Social Familiar	DIMENSIONES Dimensión Relación Dimensión Desarrollo Dimensión Estabilidad	OBJETIVO GENERAL . Determinar la relación entre el Clima Social Familiar y La Depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de Piura 2014	TIPO DE INVESTIGACION • Descriptivo Correlacional	Cuestionario
	Depresión	ESTADOS AFECTIVOS TRASTORNO FISIOLÓGICO TRASTORNO PSICOMOTORES TRASTORNOS PSIQUICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS . Describir las categorías del clima social familiar en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados, de Piura 2014. . Describir las categorías de Depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados, de Piura 2014. . Establecer la relación entre la dimensión de relación de clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de Piura 2014. Establecer la relación entre la dimensión de Desarrollo de clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de Piura 2014. Establecer la relación entre la dimensión de Estabilidad de clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de Piura 2014. HIPÓTESIS GENERAL: Existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de los ancianos desamparados de Piura 2014.	DISEÑO No experimental, descriptivo de corte transversal	INSTRUMENTO Escala de Clima Social Familiar Cuestionario de Depresión Zung.

HIPÓTESIS

ESPECÍFICAS:

El nivel de Clima Social Familiar que predomina en el Adulto Mayor de los Ancianos Desamparados de Piura 2014 es Promedio.

El nivel de Depresión que predomina en el Adulto Mayor de los Ancianos Desamparados de Piura 2014 es Ambulatoria.

Existe relación significativa entre la dimensión Relaciones del Clima Social Familiar y la Depresión en el Adulto Mayor de los Ancianos Desamparados de Piura 2014.

Existe relación significativa entre la dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar y la Depresión en el Adulto Mayor de los Ancianos Desamparados de Piura 2014.

Existe relación significativa entre la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y Depresión en el Adulto Mayor de los Ancianos Desamparados del Distrito de Piura

Piura, 11 de Junio del 2014.

RECIBIDO	
FECHA:	11 - 06 - 14
EXPEDIENTE:	220
FOLIOS:	49
RECIBIDO POR:	

Solicitud: Permiso para poder realizar las aplicaciones de pruebas Psicológicas.

Señora:

María Iñaguazu Nauma

Directora Del Hogar de Las Hermanitas De Los Ancianos Desamparados de la ciudad de Piura.

Yo, Maribel Ibáñez Ojeda alumna del IX Ciclo de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote – Filial Piura, identificada con D.N.I 44184319 y con código Universitario 1223111026, ante Ud., con el debido respeto me presento y expongo:

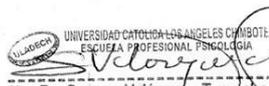
Que por motivos de mi Investigación Científica denominada Clima Social Familiar y Depresión en el Adulto Mayor de los Ancianos Desamparados de la ciudad de Piura que Ud. dirige actualmente, pido permiso para aplicar las pruebas correspondientes a la investigación, con el fin de poder ejecutar mi investigación a presentar para mi titulación.

Por lo expuesto ruego a Ud. proceder conforme a lo solicitado

Atentamente

Maribel Ibáñez Ojeda.




UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL PSICOLOGIA
Mig. Ps. Susana Velásquez Temche
COORDINADORA ACADÉMICA