

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y  
LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL CLUB  
MI ESPERANZA, CORRALES - TUMBES, 2017.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA:

Bachiller. TATIANA MARILIN, DUQUE MONASTERIO

ASESOR:

Mgtr. SERGIO ENRIQUE VALLE RÍOS

PIURA – PERÚ  
2017

## **JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR**

Mgtr. Kelly Yanet Munárriz Ramos  
Presidenta

Mgtr. Susana Carolina Velásquez Temoche  
Miembro

Mgtr. Carmen Patricia Eras Vines  
Miembro

Mgtr. Sergio Enrique Valle Ríos  
Asesor

## AGRADECIMIENTO

*A Dios todo poderoso por nunca dejarme sola y siempre ser mi guía, brindándome las fuerzas para salir a delante y cumplir mis metas.*

*A mi familia que es el pilar importante en mi realización como profesional. Ellos son mi motor y motivo, son la fuente que me impulsan a seguir adelante y no rendirme nunca.*

*A la Universidad Los Ángeles de Chimbote sede de Tumbes, por abrirme sus puertas y formarme como profesional.*

*A mi asesor de tesis, el magister Sergio Enrique Valles Ríos, por brindarme sus conocimientos y permitir culminar mi tesis.*

## **DEDICATORIA**

*Principalmente dedico mi investigación a Dios puesto que me brinda la sabiduría, amor y paciencia.*

*A mis padres Juan Carlos y Raquel, pues se merecen esto y muchas cosas más, porque ellos son mi motor y motivo para seguir luchando y poder ser una profesional de éxito.*

*Así mismo dedico mi investigación a mis familiares que no dudaron en apoyarme cuando más lo necesita, brindándome su apoyo moral.*

## RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, tuvo como propósito Determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales - Tumbes, 2017. El adulto mayor en esta etapa se enfrenta a una serie de pensamientos y sentimientos pues su estilo de vida cambia, más aun cuando por parte de la familia no se recibe el soporte emocional adecuado. Los adultos mayores del club mi esperanza refieren que en casa no es lo mismo que antes pues los mismos familiares hacen que se sientan inútiles al prohibirles hacer las cosas que ellos sienten que si las pueden hacer sin ninguna dificultad, es allí cuando se sienten tristes sin ganas de hacer nada. La población estuvo conformada por 30 adultos mayores entre las edades de 65 a 80 años del sexo masculino y femenino. Para la medición de las variables se utilizó como instrumentos la Escala de Clima Social Familiar (FES), y Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung. Para determinar la relación entre las variables se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman. Como resultado se obtuvo que no existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión. Se llega a la conclusión que no existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club Mi Esperanza, Corrales - Tumbes, 2017.

**Palabras claves:** Clima Social Familiar, Depresión, Adulto mayor.

## **ABSTRACT**

The present study is descriptive correlational cross - sectional, aimed to determine the relationship between family social climate and depression in the adult of the my hope club, Corrales - Tumbes, 2017. The older adult at this stage is confronted with a series of thoughts and feelings because their lifestyle changes, more so when the family does not receive adequate emotional support. The elders of the club, my hope, say that at home they are not the same as before because the same relatives make them feel useless by forbidding them to do the things they feel if they can do them without any difficulty, it is there when they feel sad without I do not want to do nothing. The population consisted of 30 older adults between the ages of 65 and 80 years of males and females. For the measurement of variables, the Family Social Climate Scale (FES) and Self-Assessment Scale for Zung's Depression were used as instruments. To determine the relationship between variables, the Spearman Correlation Coefficient was used. As a result it was found that there is no significant relationship between the family social climate and depression. In conclusion, there is no significant relationship between the family social climate and depression in the older adult of the Mi Esperanza club, Corrales - Tumbes, 2017.

Keywords: Family Social Climate, Depression, Elderly.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iii
<b>DEDICATORIA</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II REVISIÓN DE LA LITERTURA</b> .....	7
<b>III. METODOLOGÍA</b> .....	56
3.1 Tipo y nivel de investigación: .....	56
3.2 Diseño de la investigación: .....	56
3.3 Población y Muestra.....	57
3.4. Definición y operacionalización de las variables.....	57
3.5. Técnicas e instrumentos .....	61
3.6 Plan de análisis .....	68
3.7 Matriz de consistencia interna.....	69
3.8 Principios éticos .....	70
<b>IV.RESULTADOS Y CONCLUSIONES</b> .....	71
4.1 Resultados .....	71
4.2 Análisis de los resultados .....	77
4.3 Contrastación de hipótesis.....	79
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES</b> .....	80
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	82
<b>ANEXOS</b> .....	85

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla I</b> Relación entre el clima social familiar y La depresión en el Adulto Mayor del Club mi Esperanza, Corrales – Tumbes 2017.....	71
<b>Tabla II</b> Clima social familiar en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes 2017.....	72
<b>Tabla III</b> Depresión en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes 2017. ....	73
<b>Tabla IV</b> Nivel del clima social familiar en la dimensión relaciones en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes 2017. ....	74
<b>Tabla V</b> Nivel del clima social familiar en la dimensión desarrollo en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes 2017. ....	75
<b>Tabla VI</b> Nivel del clima social familiar en la dimensión estabilidad en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes 2017. ....	76

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01</b> Clima social familiar en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes 2017.....	72
<b>Gráfico 02</b> Depresión en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017 .....	73
<b>Gráfico 03</b> Nivel del clima social familiar en la dimensión relaciones en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes 2017. ....	74
<b>Gráfico 04</b> Nivel del clima social familiar en la dimensión desarrollo en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes 2017. ....	75
<b>Gráfico 05</b> Nivel del clima social familiar en la dimensión estabilidad en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes 2017. ....	76

## **I. INTRODUCCIÓN**

La presente investigación se ha llevado a cabo con los integrantes del club adulto mayor mi Esperanza, del distrito Corrales departamento de Tumbes.

El clima familiar está relacionado con la cohesión familiar, la posibilidad de expresarse libremente y la estabilidad en el sistema. Para conseguir un buen clima, es importante que la familia mantenga unas relaciones adecuadas, en lo que se refiere a los vínculos existentes entre sus miembros, es decir, que mantengan una cohesión familiar moderada que permita a sus miembros preservar su intimidad y expresen libremente sus emociones, opiniones, quejas y desacuerdos. La cohesión familiar hace referencia a la unión emocional que tienen los miembros de una familia, que se refleja en el tipo de relación, el grado de autonomía, de independencia y los límites existentes entre los distintos subsistemas familiares.

Contribuye igualmente a conseguir un clima familiar adecuado, el que los miembros de la familia puedan expresar libremente sus opiniones, sus quejas, sentimientos y emociones. También favorece el clima familiar la estabilidad en el sistema que depende en gran parte del mantenimiento de una organización que favorezca la realización de las rutinas familiares, la gestión de los recursos. Por último es necesario que la familia desarrolle unos principios y valores adecuados su entorno sociocultural, que sustente sus actitudes y comportamiento.

Algunas veces, las malas relaciones en el hogar determinan en los niños una historia de hostilidad que los impulsa a hacer exactamente lo contrario de lo que los padres esperan de ellos y realizan comportamientos de autoagresión y autodestrucción para

así hacer sentir a su familia culpables por el fracaso de sus propias acciones. Guerra (1993) y Kemper (2000).

Otro punto importante a tomar en cuenta es la depresión. La depresión ha tenido una presencia constante a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo, en las últimas décadas ha experimentado un notable incremento. Hoy en día es tal el impacto que esta enfermedad tiene en la sociedad, que algunos autores no han dudado en señalar esta como la era de la depresión.

En la actualidad 340 millones de personas sufren depresión en el mundo (se calcula que entre el 2 y el 4 % de la población general padece este tipo de trastorno). A escala mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta 2 veces más alta en las mujeres que en los hombres. La OMS sitúa la incidencia de la depresión (clínicamente diagnosticable) entre la población de los países más desarrollados en un 15 %. Su expansión e incidencia son crecientes en todos los grupos de edad, especialmente entre los más jóvenes.

Se estima que la carga personal de un cuadro depresivo con una duración de 6 a 8 meses, es más severa e incapacitante que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. La depresión es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales, y se estima que en el año 2020 se convertirá en la segunda causa de incapacitación y muerte, tan solo superada por las enfermedades cardiovasculares.

Cabe resaltar que la investigación parte de la preocupación acerca del estilo de vida que están llevando los adultos mayores, pues se evidencia en ellos la tristeza que sienten ya que algunos han sido abandonados por sus familiares, aumentando así la probabilidad de sufrir de depresión.

En el presente trabajo de investigación se planteó la relación entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

La tercera edad es afectada 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 dejando al sujeto a un margen del olvido que es una persona y no un objeto que sirve para decorar el hogar.

Los lazos afectivos se rompen ocasionando un quiebre dentro de una familia al igual que las personas afectadas, la comunicación se interrumpe cortando toda relación e interacción entre los componentes familiares y el sujeto de la tercera edad. Dicha investigación tiene como objetivo identificar los tipos de depresión en las personas de la tercera edad y se tomará como muestra a 50 ancianos, el propósito final de este estudio es buscar una estrategia para que los ancianos ya no se depriman sintiéndose bien dentro de su hogar.

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

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.

Por tales circunstancias se puede decir que los adultos mayores tienden a deprimirse debido al inadecuado soporte emocional que reciben por parte de sus familiares, o de su entorno social.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

¿Existe relación entre el clima social familia y la depresión en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes 2017?

Para resolver la interrogante antes mencionada se planteó los siguientes objetivos.

Determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

Determinar el nivel del clima social familiar en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

Determinar el nivel de depresión en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

Determinar el nivel del clima social familiar en la dimensión relaciones en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

Determinar el nivel del clima social familiar en la dimensión desarrollo en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

Determinar el nivel del clima social familiar en la dimensión estabilidad en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

La presente investigación se justificara porque es de mucha importancia tanto para la sociedad como para las familias que conviven con un adulto mayor en casa. Se debe tener en cuenta que la tercera edad es afectada 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 dejando al sujeto a un margen del olvido que es una persona y no un objeto que sirve para decorar el hogar. Los lazos afectivos se rompen ocasionando un quiebre dentro de una familia al igual que las personas afectadas, la comunicación se interrumpe cortando toda relación e interacción entre los componentes familiares y el sujeto de la tercera edad. Dicha investigación tiene como objetivo identificar los tipos de depresión en las personas de la tercera edad y se tomará como muestra a 50 ancianos, el propósito final de este estudio es buscar una estrategia para que los ancianos ya no se depriman sintiéndose bien dentro de su hogar.

Es importante recalcar que se aportarán conocimientos nuevos y se aclararan algunos ya establecidos sobre la importancia del clima social familiar y cómo influye en la depresión, aportando a diversos campos del saber cómo lo es la psicología social.

Así mismo servirá como referencia para los profesionales de la salud y otras ciencias sociales quienes desean investigar, documentar, implementar y ejecutar

talleres de intervención que fomenten un clima social familiar adecuado reduciendo así niveles de depresión en los cuales los adultos mayores pueden estar expuestos.

Se pretende que esta información también sea útil para que las organizaciones competentes tengan una aproximación clara sobre el fenómeno de la depresión en los adultos mayores e implementen programas que promuevan intervenciones efectivas (detección, prevención y/o tratamiento de casos) en este campo, ya que está demostrado que la depresión se puede prevenir en la medida en que se identifiquen las variables que lo predisponen o facilitan.

## **II REVISIÓN DE LA LITERTURA**

### **2.1 Antecedentes**

#### **2.1.1 Antecedentes Internacionales**

Llanes, López, Vázquez, Hernández (2015), Realizaron una investigación que llega como título: Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor “Felipe Poey Aloy” del área de salud de Nueva Paz, provincia Mayabeque república de Cuba en el año 2015. Con el objetivo de describir los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayores de 60 años, en el Policlínico Docente “Felipe Poey Aloy” del área de salud de Nueva Paz, provincia Mayabeque república de cuba en el año 2015.Métodos: estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal de enero a diciembre del 2012, en el Policlínico Docente “Felipe Poey”, área de salud de Nueva Paz, la muestra estuvo conformada por 146 ancianos, seleccionados por criterio opinático con criterios de inclusión determinados, se le aplicó un cuestionario, explorando variables edad, sexo, factores psicológicos, sociales, y la depresión; con una Escala de Depresión Geriátrica para conocer el comportamiento de la enfermedad. Resultados: predominó el sexo femenino en un 64.38 %, siendo el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia, para el 26,04 %, el factor psicológico que más influyó en la depresión fue el temor a la muerte, con un 78, 08 %, el factor social, la necesidad de comunicación social, para un 56, 85 %, entre los síntomas psicossomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98 %, predominando la depresión establecida, en un 50.69 %. Conclusiones: son múltiples los

factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales que están presentes en la convivencia familiar como la inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza que los lleva a una depresión mayor.

Salazar, Reyes, Plata, Galvis, Montalvo, Sánchez, Pedraza, Gómez, Pardo, Ríos (2014), realizaron una investigación que lleva como título: Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Objetivo: estimar la prevalencia de depresión en una muestra de adultos mayores de Bogotá y describir los factores de riesgo psicosocial asociados. Material y métodos: se realizó un estudio de corte transversal observacional-descriptivo, en 889 adultos mayores autónomos. La depresión fue evaluada con el test de depresión geriátrica Yesavage y los factores de riesgo con la sección de acontecimientos vitales del cuestionario Predict. Resultados: el 74% de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 (DS 9,4) años y la escolaridad promedio en años fue de 7,50 (DS 5,64). Así mismo, se estimó una prevalencia de depresión del 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y (18%) en sujetos entre 70 y 79 años, los adultos con baja escolaridad sumaron un 43%, y el 22% lo constituyeron personas dependientes económicamente. Por otra parte, se encontró relación entre la depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial conocidos como acontecimientos vitales adversos: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica, y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año. Conclusión: la

prevalencia de depresión en un grupo de personas mayores de la comunidad en Bogotá es más alta que lo descrito previamente en Colombia y por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Programas que reduzcan la soledad en la vejez y protejan a la mujer y a los mayores con menos escolaridad podrían mitigar esta condición.

Borda, Anaya, Pertuz, Romero, Suárez, Suárez (2013), realizaron una investigación que lleva como título: depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de barranquilla Colombia, 2013. Tuvo como objetivo establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 - 95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla. 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 variado 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). Se obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia de depresión fue de 36.4 %, y predominó la leve (24.2 %). Fueron factores de riesgo: nivel educativo: primaria incompleta (OR: 1,9, IC 95 %:0,02 - 5,43, p: 0,0090) y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos (OR: 6,6, IC 95 %: 1,21 - 35,9, p: 0,0215). Presentaron fuerza de asociación significativa: el sexo

masculino y ser soltero. Mostraron fuerza en la asociación no significativa, la fuente de ingresos, los ingresos económicos menores de 1 salario mínimo legal vigente (SMLV), la polifarmacia y el tipo de hogar. Se concluyó que 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.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

Ortiz (2015) realizó una investigación que lleva como título: 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. Trickett. 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.

Ibáñez (2015), Realizo una investigación titulada: Clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de Los Ancianos Desamparados- Piura 2014. 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.

Campos (2015), realizó una investigación que tiene como título: relación entre el clima social familiar y la depresión en adultos mayores en el CAM – Piura año 2015. La presente investigación tiene como finalidad determinar si existe o no relación entre el clima social familiar y depresión en adultos mayores en el CAM – Piura año 2015. Para su realización se contó con una población total de 100 adultos mayores inscritos formalmente en el CAM-Piura; utilizando un diseño de tipo Descriptivo Correlacional. Los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala del Clima Social Familiar de R.H Moss y la Escala de la Auto medición de la Depresión de Zung y Zung. Los resultados generales de esta investigación revelan que Existe una correlación muy significativa entre el clima social familiar y la depresión en los adultos mayores del CAM. Así mismo se evidenció un nivel bajo de clima social familiar 54%, los resultados en la variable depresión evidencian que existe depresión situacional en un 45%, del mismo modo existe correlación en la dimensión Relación y desarrollo , en la dimensión Estabilidad no existe relación debido al nivel de significación menor.

Sierra (2013), realizó una investigación que lleva como título: Relación entre el clima social familiar y la conducta adaptativa del adulto mayor del CERP. Piura, 2013. Este estudio cuyo objetivo es determinar la relación entre el clima social familiar y la conducta adaptativa del adulto mayor del CERP – Piura, 2013. Es un estudio cuantitativo con abordaje metodológico de nivel descriptivo correlacional. Así mismo se seleccionó de manera intencional una muestra de 82 personas adultas a quienes, en

primera instancia se les aplicó una encuesta para precisar su nivel familiar. Los instrumentos usados fueron la Escala de Clima Social Familiar de Moos, y el Inventario de Adaptación de Conducta de Victoria y Cordero, se concluye en los resultados que si existe relación significativa entre el clima social familia y Conducta Adaptativa, y en los objetivos descriptivos se encuentra con un nivel Bajo y la Adaptación de Conducta de nivel Medio, y los objetivos específicos correlacionales que si existe una correlación entre las dimensiones del Clima Social Familiar y la conducta adaptativa. Lo cual se deduce que ambas variables puestas a prueba son dependientes.

### **2.1.3 Antecedentes Locales**

Castillo (2016), realizó una investigación titulada: relación entre el clima social familiar y la calidad de vida del adulto mayor del centro de desarrollo integral de la familia de la municipalidad provincial de Tumbes, 2015. La presente investigación fue de tipo descriptivo - correlacional, de nivel cuantitativo, el diseño fue no experimental, transversal, descriptivo - correlacional. Los instrumentos aplicados fueron la escala de clima social familiar (FES) de R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett y la escala de calidad de vida de Olson y Barnes, obteniendo los siguientes resultados: no existe relación significativa entre clima social familiar y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Desarrollo Integral de la Familia de la Municipalidad provincial de Tumbes, 2015; no existe relación significativa entre la dimensión

relaciones, desarrollo y estabilidad del clima social familiar y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Desarrollo Integral de la Familia de la Municipalidad provincial de Tumbes, 2015. Finalmente las conclusiones son: la mayoría de los adultos mayores del Centro de Desarrollo Integral de la Familia de la Municipalidad provincial de Tumbes, se ubican en el nivel promedio del clima social familiar y en un nivel más o menos satisfecho de calidad de vida.

Moreto (2016), realizó una investigación que lleva como título: Depresión y satisfacción familiar en el adulto mayor del distrito de Zorritos – Tumbes, periodo 2016. El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre la depresión y la satisfacción familiar en el adulto mayor del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo - 2016. El estudio corresponde a una investigación de diseño no experimental transversal, de tipo descriptivo-correlacional, tomando como muestra 60 adultos mayores. Se empleó el cuestionario de nivel de satisfacción del adulto mayor y La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS). Logrando obtener como resultados, en función al objetivo general, que existe un 0,75 de Correlación Significativa de intensidad Medio Alta entre las variables Depresión y Satisfacción Familiar en los Adultos Mayores del distrito de Zorritos. Tomando como punto referencial que no se encontraron investigaciones con las mismas variables de investigación, se considera que dicha información puede ser útil para investigaciones posteriores.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1. Clima social familiar**

#### **2.2.1.1 Definición**

**Moos y Trickett (1993)** definen que el clima social familiar es el ambiente más importante en la historia del desarrollo de la personalidad donde existe el fruto de las apariciones personales de cada miembro de la familia y se adaptan a diferentes medios de su vida. A su vez, lo define como aquella situación familiar en que la familia tiene dimensiones fundamentales constituido por elementos que lo componen como: cohesión, expresividad, conflicto, intelectual-cultural, moralidad. Tanto Moos y Trickett refieren que el clima social familiar está constituido por las características socio ambientales y relaciones personales entre sus miembros.

Para Guerra (1993) y Kemper (2000) definen el clima social familiar; haciendo referencia a las características psicosociales e institucionales de un determinado grupo asentado sobre un ambiente, lo que establece un paralelismo entre la personalidad del individuo y el ambiente. Definen al clima social familiar por las relaciones interpersonales que se establecen entre los integrantes de la familia, lo que involucra aspectos de desarrollo, de comunicación, interacción y crecimiento personal, lo cual puede ser fomentado por la vida en común. También consideran

la estructura y organización de la familia, así como el grado de control que regularmente ejercen unos miembros sobre los otros.

El clima social que es un concepto y cuya operacionalización resulta difícil de universalizar, pretende describir las características psicosociales e institucionales de un determinado grupo asentado sobre un ambiente. En el clima social familiar, son tres las dimensiones o atributos afectivos.

En el clima familiar se dan interrelaciones entre los miembros de la familia donde intervienen aspectos de comunicación, interacción, etc. El desarrollo personal puede ser fomentado por la vida en común, así como la organización y el grado de control que se ejercen unos miembros sobre otros.

Moos (1996), considera el clima social familiar como aquella situación social en la familia y define tres dimensiones estrechamente vinculadas e interactuantes que son fundamentales, y cada una está constituida por elementos que la componen: distinguiendo la dimensión de relación, cuyos elementos son: cohesión, expresividad y conflicto. La dimensión de desarrollo, cuyos elementos son: autonomía, actuación, intelectual -cultural, social - recreativo y moralidad - religiosidad, finalmente la dimensión de estabilidad, definida por los elementos de organización y control.

También, en el clima familiar debe existir seguridad para que el individuo llegue a interiorizarla, y para obtener ello, se necesita padres tranquilos, comprensivos, afectuosos, bastantes suaves en sus relaciones con sus hijos sin que por eso sean débiles. Los hijos tienen la necesidad de sentir que los padres se ocupen de ellos, que se interesen en sus pequeños problemas, en sus intereses y estén informados de lo que pasa en la escuela. Pero al mismo tiempo, necesitan de un cuadro disciplinado suficientemente fuerte para que no estén demasiado confiados en sí mismos y sentir a sus padres de acuerdo a sus grados de exigencias respectivas.

Ciertamente, estas condiciones no se satisfacen en caso de desacuerdo entre los padres o cuando existen elementos de carácter psicológico en el hogar. Sin embargo, no se dan necesariamente en todas las familias, donde por el contrario, la armonía entre los padres puede ser considerada como satisfactoria.

Se plantea que la familia es la que enseña las relaciones con los demás, transmite la cultura, modos, costumbres, la forma de enfrentar y mirar el mundo, todo ello es asumido también cuando se conectan los jóvenes con la universidad, la iglesia, los amigos, y, se prepara a los hijos para su desempeño en la vida.

### **2.2.1.2 Teoría del clima social de R. Moos**

La escala de clima social familiar tiene como fundamento a la teoría del clima social familiar de Rudolf Moos (1974), la cual será el instrumento que se usara para la recolección de datos en la presente investigación y esta tiene como base teórica a la psicología ambientalista, que analizaremos a continuación.

### **2.2.1.3 La psicología ambiental**

La psicología ambiental comprende una amplia área de investigación relacionada con los efectos psicológicos del ambiente y su influencia sobre el individuo. También se puede afirmar que esta es un área de la psicología cuyo foco de investigación es la interrelación del ambiente físico con la conducta y la experiencia humana. Este énfasis entre la interrelación del ambiente y la conducta es importante; no solamente los escenarios físicos afectan la vida de las personas, los individuos también influyen activamente sobre el ambiente (Holaham, 1996; en Kemper, 2000).

### **2.2.1.4 Características de la psicología ambiental**

Según Kemper (2000) nos hace una muy breve descripción del trabajo del Claude Levy (1985) al enfocar las características de la psicología ambiental).

- Refiere que estudia las relaciones Hombre –Medio Ambiente en un aspecto dinámico, afirma que el hombre se adapta constantemente y de modo activo al ambiente donde vive, logrando su evolución y modificando su entorno).

- Da cuenta de que la psicología del medio ambiente se interesa ante todo por el ambiente físico, pero que toma en consideración la dimensión social ya que constituye la trama de las relaciones hombre y medio ambiente; el ambiente físico simboliza, concretiza y condiciona a la vez el ambiente social.

- El ambiente debe ser estudiado de una manera total para conocer las reacciones del hombre o su marco vital y su conducta en el entorno.

- Afirma que la conducta de un individuo en su medio no es tan solo una respuesta a un hecho y a sus variaciones físicas; sino que éste es todo un campo de posibles estímulos (Kemper, 2000).

#### **2.2.1.5 Concepto de Ambiente según Moos.**

Para Rudolf Moos (1974), el ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo; asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que este contempla una compleja combinación de variables organizacionales y sociales, así como también físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo.

Considera que el “clima” es sólo uno de los aspectos de un ambiente. Dentro de una postura socio-ecológica, denomina “ecología social” al ambiente humano total y entiende el clima como uno de los componentes de dicho ambiente.

Menciona seis tipos:

Factores ecológicos (meteorológicos, físicos y arquitectónicos, geográficos).

Situaciones de comportamiento.

Estructura de las dimensiones de la organización en función del tamaño, normas, salarios, comunicación, duración del control.

Media de las características personales de los sujetos que condicionan el ambiente.

Dimensiones funcionales en situaciones específicas (variables ambientales relevantes en relación funcional con determinadas conductas).

Clima social: características psicosociales de grupos sociales o instituciones dadas.

#### **2.2.1.6. Dimensiones y áreas del clima social familiar según Moos:**

- **Relaciones:** Es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrada por tres sub escalas: cohesión, expresividad y conflicto. Las

relaciones en la familia se miden en la forma como se comunican sus miembros: con libertad o represión y a la vez cómo interactúan entre sí, con conflictos o no entre ellos.

En otras palabras las relaciones humanas se basa en normas que todos los miembros de la familia aceptan, teniendo como plataforma la afirmación y consideración del modo de ser de cada persona.

Las relaciones según Moos (1995) tienen tres componentes que son: cohesión, expresividad y conflicto.

**Cohesión (Co):** Grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí. Las familias presentan unión o desunión entre sus miembros lo cual influye en el actuar de los mismos y en sus formas de relacionarse con el mundo.

Así mismo la familia se encuentra constituido por los sentimientos de pertenencia, autonomía individual e involucramiento familiar.

**Expresividad (Ex):** Grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos. Para Moos, la familia estimula en sus miembros la amplia manifestación de sus pensamientos y sentimientos.

**Conflicto (Ct):** Grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

Dentro del ambiente familiar se puede estimular la expresión o no, de los sentimientos negativos como la agresividad, ira, desacuerdos; sin juzgarlos, aceptando a los otros tal como son. En realidad en toda relación humana existen los conflictos y desacuerdos, pero en un hogar sano los progenitores enseñan a sus hijos a mediar o conciliar los conflictos, permitiéndose las discrepancias y las discusiones de sus puntos de vista disímiles para después conciliar las diferencias.

**-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.

Es así que la personalidad se va estructurando, a través de la capacidad del hombre de actuar por deber, al cual la voluntad obliga como miembro de un grupo social.

Esto expresa la importancia del entorno humano en el proceso de personalización y de crecimiento de cada uno.

El desarrollo según Moos (1985), citado por Rochais (2004) tiene los siguientes componentes:

**Autonomía (Au):** grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus

propias decisiones. La familia encamina o no a que las personas sean independientes y mantengan relaciones con plena libertad, estas formas de relacionarse las harán extensivas en la relación con personas que no constituyen su entorno familiar.

Este mismo autor menciona que Sheldon y otros (1996); Elliot, Sheldon y Church (1997), Sheldon y Kasser (1998) usando metodologías empíricas, identificaron tres necesidades psicológicas básicas, universales e innatas: ser competente, autonomía y relaciones interpersonales. La gratificación de estas necesidades es una clave predictiva del bienestar subjetivo y el desarrollo social.

Resumiendo entonces, que, cuando las personas se motivan intrínsecamente son capaces de cumplir sus potencialidades y desarrollar progresivamente desafíos cada vez más grandes. Este modelo implica la importancia del contenido de las metas ya que muestra los tipos de actividades en las cuales los individuos se comprometen; las razones para el compromiso y el progreso hacia las metas; lo que tendría un profundo impacto en el bienestar subjetivo del individuo.

**Actuación (Ac):** Grado en el que las actividades (tal como escuela o trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción competitiva.

**Intelectual- Cultural (Ic):** Grado de interés en las actividades positivas sociales, intelectuales y culturales. La familia estimula

en sus miembros la lectura, el folklore, las relaciones sociales y amicales, la pintura, música, poesía, el estudio.

Es así que hoy en día el texto literario ayuda al niño a “comprenderse mejor”, así se hace más capaz de comprender a los otros y de relacionarse con ellos de modo mutuamente satisfactorio. La lectura es la forma más rica de transmitir la herencia cultural, y de manejar, mediante la cultura, los propios impulsos y deseos.

**Social- Recreativo (Sr):** Grado de participación en este tipo de actividades. En consecuencia, si la familia contribuye a la diversión, las fiestas, paseos con los hijos, en un recreo sano que influye en la socialización de sus miembros.

**Moralidad- Religiosidad (Mr):** Importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

**Moralidad- Religiosidad (Mr):** Importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

La mayoría de las familias practica una religión y valores éticos que suelen ser tomados como estilos de comportamientos por los hijos, en este sentido diversas investigaciones sirven de soporte para reafirmar la importancia de la práctica de los valores, y de las concepciones éticas y religiosas que adopte cada familia para transmitirla a sus integrantes y estos pongan en práctica los mismos.

**-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

La forman dos sub escalas: organización y control.

Botella (2004) afirma que con los nuevos tiempos algunas viejas instituciones han de renovarse o morir. La familia clásica puede perder lo mejor de sí, su servicio como célula social de educación, si no acierta a modificar su estructura en función de cómo se desarrolla la sociedad.

**Organización (Or):** importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia. Una familia debe presentar una clara organización y firme estructura, así como disposición de sus miembros, en el cual ellos tienen una función que realizar, por lo tanto existen acciones y compromisos que permiten una adecuada distribución de las actividades o deberes al interior de la familia, los cuales de realizarse óptimamente permitirán el normal desenvolvimiento de todos sus integrantes; la no realización de los mismos provoca el debilitamiento de la armonía o convivencia familiar.

**Control (Cn):** grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

Las familias presentan modos y formas de comportamiento, se dan actuaciones y ritos, pautas o normas a manera de leyes para interrelacionarse entre ellos. Hernández (citado en Moreno et al., 2007) manifiestan que en toda familia funciona lo que denominamos “binomio autoridad/afecto”, el primero es el control paternal, es decir, el grado en que el niño es controlado, supervisado, la cantidad de disciplina y reglamentación existente; el segundo es el afecto paternal, es decir, la cantidad y calidad del apoyo, afecto y comprensión que proporcionan los padres.

La combinación de estas dos dimensiones autoridad/afecto en forma adecuada constituirá una familia estructuralmente sana y funcional, con garantía de un buen desarrollo del proceso educativo, por el contrario, un desequilibrio en cualquiera de ambos componentes del binomio dará lugar a familias disfuncionales y desadaptativas.

#### **2.2.1.7. Influencia del clima social familiar**

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.

#### **2.2.1.8 Definición de familia**

(Hernández, 1998). La familia es un sistema natural y evolutivo que se caracteriza por ser “un conjunto de personas que interactúan en la vida cotidiana para preservar su supervivencia”. Esto de acuerdo al “grado en el que se considere a la familia como un agente social activo o pasivo, si su papel es activo, se definirá como casual de cambios en otros aspectos de la estructura social y si se trata de ser pasivo, la familia será fuente de la incidencia de otras instituciones”.

Desde el punto de vista cultural, la familia está conformada por valores sociales, tradicionales, religiosos, la forma de relacionarse e interactuar en la sociedad, a la vez esta transmite costumbres a sus hijos tales como: forma de vestir, lenguaje, rituales (matrimonio, nacimientos, entierros) y rutinas, la forma de pensar ayudará a formular estrategias para el trabajo y la producción, los mismos que son aplicados por los miembros de la familia de acuerdo a como estos fueron adquiridos dentro de la misma, todo esto de acuerdo al medio cultural en el que se desenvuelve cada

individuo. “Sin embargo, cada núcleo familiar interpreta esta opinión proveniente del gran sistema social, lo modifica y lo concreta según su propia experiencia, en patrones de relación, rituales y celebraciones idiosincráticos que determinan su identidad como familia”. (Hernandez, 1998).

La unión familiar estructural proporciona a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona. La familia es un sistema, cada miembro de la familia tiene relación con los demás de tal manera que un cambio en uno de ellos provoca alteraciones en los restantes.

En definitiva la familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, entre otros) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, vejez y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.

#### **2.2.1.9 Funciones de la familia**

(Arranz y Olabarrieta, 1998). Dentro del grupo familiar se produce una serie de interacciones sociales que, por ser

significativas para el sujeto, van a ser interiorizadas y por lo tanto van a influir de manera decisiva en el curso del desarrollo. En este grupo es donde el individuo obtiene su mayor fuente de afectos y donde puede desarrollar relaciones verdaderamente íntimas. Dentro de su contexto se originan situaciones e interacciones que influyen decisivamente en el desarrollo de la autoestima y la identidad personal de todos sus integrantes. Además, se generan condiciones que permiten al individuo aprender tanto a asumir responsabilidades como a solucionar problemas.

La familia se constituye para la mayor parte de las personas, en la más importante red de apoyo social para las diversas transiciones vitales que han de realizar durante su vida: búsqueda de pareja, trabajo, vivienda, nuevas relaciones sociales, jubilación, vejez, etc.; así como para las crisis impredecibles que se presentan a lo largo de la vida: divorcio, muerte de un familiar y desempleo por sólo mencionar algunas.

Según Rodrigo y Palacios (1998), con respecto a los hijos la familia cumple cuatro funciones esenciales:

Asegurar su supervivencia y sano crecimiento físico.

Brindarles un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible. El clima de afecto implica el establecimiento de relaciones de apego que permiten un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional.

1. Facilitar a los hijos una estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno físico y social, así como para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en que les toca vivir.

2. Tomar decisiones con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos y sociales que van a compartir con la familia la tarea de educación de los hijos.

Para que los padres puedan cumplir de forma efectiva sus funciones deben dedicarle tiempo a la relación con sus hijos. Estimular adecuadamente a los hijos requiere una alianza afectiva entre padres e hijos; el establecimiento y mantenimiento de esta alianza demanda interacciones habituales y relajadas en diversos contextos y con distintas finalidades (cuidados físicos, juegos, salidas, realización de tareas escolares, etc.).

Aunque algunos padres están sumamente preocupados por el desempeño de los hijos en las tareas escolares, deportivas y sociales, es conveniente señalarles que su función fundamental está en crear relaciones armoniosas y estrechas con ellos. Esto se debe a que es mucho más fácil encontrar quien haga las tareas de instrucción con los niños que quien les brinde afecto incondicional. Es importante que cuando les brinden estímulos a los hijos se tengan presente las tareas de desarrollo que estos

tienen que cumplir y las características e intereses particulares de los mismos.

Una de las funciones esenciales de la familia es permitir la aparición de cambios que permitan la expansión y el desarrollo vital de sus integrantes; en general estos cambios abarcan:

1. Cambios en los límites, reglas, alianzas y normas entre los miembros de la familia.
2. Cambios entre miembros de la familia, que ocurren en relación con límites, reglas, alianzas, y normas.
3. Cambios determinados por factores sociales, que facilitan el ajuste de la familia a su contexto.

## **2.2.2 Depresión**

### **2.2.2.1 Definición:**

William 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.

Navarro 1990, Señala que la depresión interfiere en gran medida con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo, el estudio, las rutinas diarias y las actividades que antes disfrutaban. Igualmente, la depresión, dificulta las relaciones con los demás. En las depresiones de cierta severidad algunas personas se aíslan, llegan a comportarse

indiferentes por casi todo y los pensamientos de suicidio son muy comunes.

Rojas 2006 dice que “las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquirida, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y afectivo”.

Según katz, la depresión es un conjunto de manifestaciones clínicas que se utilizan para designar a una serie de alteraciones cognitivas-conductuales (episódicas o periódicas, unipolares o bipolares, leves o moderadas o severas. Durante estas el individuo ya no tiene accesos a reforzamientos sociales o bien, estos dejan de ser congruentes a sus respuestas o pierden su efectividad.

#### **2.2.2.2. Clasificación de la depresión**

**Strange (1992)**, para él la depresión se clasifica en:

**Depresión moderada:** las manifestaciones típicas reportadas por los pacientes son:

Afecto deprimido

Pensamiento pesimista

Cambios en la actividad motora

Ansiedad

Manifestaciones fisiológicas.

**Depresión severa:** en este tipo de depresión, los síntomas son los mismos, pero más intensos, además pueden presentarse algunas manifestaciones que son más típicas de la psicosis. También algunos pacientes pierden contacto con la realidad.

**Depresión leve:** en este tipo de depresión, las manifestaciones son las mismas, pero con la intensidad más baja. Entre estas manifestaciones se encuentran, la ansiedad. Los síntomas obsesivos y las fobias.

**Manía:** es este trastorno las manifestaciones serian contrarias a las de la depresión. Entre ellas se encuentran: los pensamientos rápidos, las ideas excesivamente optimistas, el incremento del apetito y la actividad sexual.

**Enrique Baca** (presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría) proporciona datos alarmantes, a una cuarta parte de los españoles tendrán a lo largo de su vida un episodio que será susceptible de atención sanitaria de carácter psiquiátrico. Esto significa que la atención mental es problema primario. A este respecto, la medicina de atención primaria ha experimentado importantes progresos en cuanto a la detección de cuadros depresivos y su correcto tratamiento, aunque una de las grandes dificultades que siguen teniendo los profesionales es la falta de tiempo, esencial para el diagnóstico de estos pacientes.

### 2.2.2.3 Síntomas de la depresión

El trastorno depresivo es una condición que puede manifestarse de varias maneras. La forma más común se llama trastorno depresivo mayor, también conocida como depresión. Otro bastante común es la depresión crónica, que recibe el nombre de distimia. Otros tipos de depresión que pueden ocurrir son trastorno bipolar, depresión estacional, depresión reactiva, depresión atípica, depresión posparto y depresión menor.

La depresión mayor generalmente presenta por lo menos cinco de los nueve síntomas enumerados a continuación, uno de ellos es la tristeza o la pérdida de interés en actividades diarias.

- 1- Tristeza durante la mayor parte del día, particularmente en la mañana.
- 2- Pérdida de interés en actividades diarias.
- 3- Cambios significativos en el apetito y/o del peso (puede ser aumento o disminución).
- 4- Insomnio o sueño excesivo.
- 5- Intranquilidad o letargo.
- 6- Fatiga o falta de energía, persistente.
- 7- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- 8- Incapacidad para concentrarse e indecisión.
- 9- Pensamientos recurrentes sobre muerte o suicidio.

Para ser considerado un criterio para trastorno depresivo mayor, los síntomas mencionados deben ser diarios y deben estar presentes durante más de 2 semanas consecutivas.

#### **2.2.2.4 Adulto mayor**

La vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinarios en el sentido de que el individuo humano es un ente bio-psico-social. Por esta razón, el individuo envejeciente o viejo es un sujeto de conocimiento psicológico (Fernández-Ballesteros, 2004) citado por (Orosco 2015).

La tercera edad es un periodo crítico de la vida en el que se debe hacer frente a una serie de circunstancias personales, laborales, familiares y culturales, que modifican la percepción del sí mismo y afectan la propia identidad. La imagen que cada cual tiene de sí mismo comprende aspectos cognoscitivos y afectivos, y estos últimos estarían relacionados con la propia estima; esta ejerce una influencia universal sobre el modo de comportarse y la actitud ante la vida.

Por otra parte, el ingreso a una residencia geriátrica supone una forma de reubicación especialmente dura y difícil de elaborar. Cuando el anciano deja su casa para ir a vivir con algún familiar, sigue teniendo a su alcance personas que le conocen y que le recuerdan a cada gesto quién es, cómo es y quién fue. El conocimiento que familiares directos

y amigos tienen sobre aspectos distintos de su biografía refuerza el reconocimiento de sí mismo, otorgando con esto una coherente continuidad a su identidad personal (Salvarezza, 1998). Citado por (Orosco 2015).

Para el profesor Thomae (1982), la vejez es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad, como la calidad de vida. Peter Thownsend, citado por Barros (1993) plantea algo similar cuando sostiene que la situación actual de dependencia de los ancianos ha sido creada por la política social. Una política social en muchas ocasiones no publicada.

Chawla (1988) afirma que los ancianos "no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos. Si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el "viejo" se mantenga activo y autovalente. La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades. Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación: la dificultad de esto implica que sólo algunos lo logran y

otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar (Barros, 1994; Anzola et al., 1994).

#### **2.2.2.5 Depresión en la tercera edad**

(Gallo y Rabines, 1999). La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza.

(Tanner, 2005). La depresión es comúnmente un problema de salud mental en los adultos mayores. Un 15% de los adultos mayores de más de 65 años sufren este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Sólo 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado (Gum et al., 2006; Lawrence et al., 2006; Loughlin, 2004). De los adultos mayores que están restringidos a sus domicilios, entre 26% y 44% tienen depresión (Loughlin, 2004) y se estima que de 30% a 50% de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas

Los adultos mayores suelen padecer condiciones médicas, tales como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales o algún tipo de cáncer, que pueden provocar síntomas de depresión. Igualmente, pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la

depresión; más de 15% de adultos mayores con un problema crónico de salud padecen de depresión (Gallo y Coyne, 2000). Es común que los adultos mayores se encuentren tomando varios medicamentos, recetados por distintos médicos o, lo que es peor, autorecetados. Algunos medicamentos o combinaciones de ellos ocasionan alteraciones físicas o mentales, al igual que alteraciones en el estado de ánimo.

El riesgo de suicidio es más grande en adultos mayores hombres que en mujeres. Se sabe que muchos de ellos sufren de alguna enfermedad depresiva que los médicos no fueron capaces de detectar, ya que un porcentaje relevante de estas víctimas de suicidio a menudo visitaron a sus médicos en el mes anterior a su muerte (Conwell, 2001).

#### **2.2.2.6 Causas de la depresión en el adulto mayor**

El origen de un trastorno depresivo es indeterminado. A continuación, se explican las tres dimensiones que pueden generar el trastorno, ya sea de manera individual o combinada.

##### **1-El factor biológico como causa de depresión en mayores**

Los síntomas que forman parte de la depresión pueden deberse a una serie de afectaciones de índole orgánica (Fuente Daniel M. Campagne, causas orgánicas y comórbidas de la depresión)

- Alteraciones bioquímicas a nivel cerebral, las cuales van a influir en la regulación de ciertos neurotransmisores (noradrenalina, dopamina y serotonina).
- Déficit vitamínico y de minerales asociado a la dieta
- Enfermedades crónicas: de condición metabólica (déficit de vitamina B12), de tipo autoinmune (lupus), provocadas por infección viral (hepatitis), cáncer
- Enfermedad de las glándulas tiroideas y paratiroides

## **2- Factor psicológico como causa de la depresión en mayores**

Durante el envejecimiento pueden surgir en el adulto mayor una serie de pensamientos y emociones de carácter negativo:

- Disminución de la autoestima
- Aumento de la inseguridad
- Sensación de impotencia
- Pérdida de control sobre su entorno
- Ausencia o escasez de motivación vital
- Sensación de declive
- Vivencias de inutilidad
- Temor a circunstancias vitales no deseadas y desagradables, como, por ejemplo, aparición de una enfermedad grave o abandono.

## **3- Factor social como causa de depresión en mayores**

Es común que, durante este periodo vital, el adulto mayor experimente algunas circunstancias conocidas como acontecimientos vitales

estresantes. Éstos hacen referencia a aquellos sucesos relevantes en la vida de una persona, los cuales producen estrés y, en la mayoría de las ocasiones, necesidad de readaptación: pérdida de seres queridos (cónyuge, familiares o amigos), falta de apoyo social, lesión o enfermedad personal, jubilación, etc. Los acontecimientos vitales estresantes que más frecuentemente provocan depresión en el adulto mayor son aquellos que suceden de manera brusca, los que no son controlables, aquellos que resultan amenazantes, los acontecimientos que transcurren de manera repetida y los que aparecen de manera conjunta o “en racimo”.

En definitiva, la etapa del envejecimiento se ve influida irremediabilmente por la sucesión de pérdidas y sus consecuentes duelos. No se trata únicamente de la pérdida de personas, sino también de la pérdida de capacidades, de ocupación e, incluso, la pérdida de uno mismo a la hora de afrontar la propia muerte.

Es importante destacar que envejecimiento no es sinónimo de depresión, la personalidad del adulto mayor se va a ver determinada por los rasgos previos. Éstos pueden acentuarse debido a diversas circunstancias ocurridas en esta etapa, dependiendo siempre de la capacidad de afrontamiento de cada persona.

### **2.2.2.7. Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor**

Existen ciertas circunstancias, de carácter biológico, psicológico y social, que pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo en el adulto mayor, así como contribuir a que éste se cronifique:

- Género: uno de los factores de riesgo relacionados con la depresión durante la vejez es ser mujer (las mujeres padecen depresión con más probabilidad que los hombres)
- Haber sufrido un accidente cerebrovascular (depresión post-ictus)
- Padecer enfermedades neurodegenerativas como Parkinson o Alzheimer
- Consumir medicamentos a diario
- Poseer un tipo de personalidad insegura con escasos recursos de afrontamiento y/o autoestima baja
- Padecer enfermedades médicas dolorosas
- Instalarse en una residencia para personas mayores
- Sufrir trastornos del sueño
- Contar con escaso o nulo apoyo social
- Vivir solo y sentir soledad
- Abusar del consumo de alcohol
- Disponer de escasos recursos económicos
- Encontrarse en un proceso de duelo

- Recibir un tratamiento antidepresivo insuficiente (únicamente el 15% de los adultos mayores con depresión se beneficia de un tratamiento adecuado).

#### **2.2.2.8. Síntomas de depresión en el adulto mayor**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo. No obstante, durante el transcurso de ésta, el adulto mayor también puede presentar algunos déficits neuropsicológicos. Durante el envejecimiento es normal que el adulto mayor presente ciertos cambios a nivel cerebral, por los cuales se vea reducida su velocidad de procesamiento, así como su capacidad atencional y de memoria. No todas las personas se van a ver afectadas en este sentido, sin embargo, no es extraño que aquellos mayores que padecen depresión presenten también las dificultades neuropsicológicas mencionadas a continuación, para lo cual es aconsejable que el adulto mayor realice actividades de estimulación que refuercen sus capacidades.

#### **Déficits neuropsicológicos provocados por la depresión en el adulto mayor:**

- Dificultades en la memoria episódica (recuerdo de acontecimientos pasados):
- Deterioro en la memoria a corto plazo y memoria verbal, debido a la influencia de pensamientos negativos

- Déficit de memoria de trabajo (capacidad de manipular información mentalmente)
- Dificultad para mantener la atención (atención sostenida), así como para realizar diversas tareas al mismo tiempo (atención dividida)
- Disminución de la velocidad de procesamiento de la información
- Alteración en la función ejecutiva (dificultad en la planificación y toma de decisiones, en la capacidad de solución de problemas y en la flexibilidad cognitiva)

Un estudio reciente confirmó que existen alteraciones neurocognitivas entre pacientes depresivos y controles. Las diferencias más significativas, se observan en habilidades cognitivas como la inhibición, memoria de trabajo, atención dividida y en general las funciones ejecutivas. El programa de estimulación cognitiva para personas con depresión de CogniFit fue aplicado a dos grupos, (depresivos-contrales) durante ocho semanas. Tras este periodo se comprobó la eficacia de este entrenamiento cognitivo personalizado. Se observó una significativa reducción de los síntomas depresivos en el grupo de personas con depresión. Logrando una mejora del control ejecutivo, y permitiendo al paciente crear mejores estrategias para hacer frente a los síntomas depresivos (rumia y perseverancia).

La falta de concentración propia de la depresión disminuye la capacidad para consolidar nuevos datos, de esta manera el adulto mayor con depresión se muestra más despistado y “olvidadizo”. Éste es el motivo por el que se puede llegar a confundir la pérdida de memoria debida a la

depresión (pseudodemencia depresiva) por aquella que corresponde a la demencia, especialmente a la de tipo Alzheimer. Es importante atender a ciertas cuestiones que permiten diferenciar una de la otra:

- La pérdida de memoria debida a la depresión comienza de manera brusca, mientras que la que se presenta en la demencia aparece de manera insidiosa y lenta
- Los adultos mayores con depresión a menudo se encuentran invadidos por pensamientos negativos recurrentes, los cuales les provocan dificultades para prestar atención y, por tanto, para fijar la información. Mientras que, en el comienzo de una demencia, la persona justifica su falta de memoria sin ser consciente del error.
- Durante la depresión los olvidos fluctúan con el estado de ánimo, en el caso de la demencia los olvidos son constantes.
- El adulto mayor con depresión muestra preocupación por sus dificultades de memoria, mientras que el que padece demencia no se percata de éstas.

#### **2.2.2.9 Prevenir la depresión en la tercera edad**

##### **Elementos protectores**

De la misma manera, existen factores que protegen al adulto mayor de desarrollar depresión o promueven una mejor y más rápida recuperación.

- Acudir a psicoterapia

- Vivir acompañado (la socialización favorece un mejor estado de ánimo)
- Disponer de recursos económicos
- Medicarse con antidepresivos
- Realizar actividad física regular (contribuye a una mejora en la autoeficacia y la autoestima)
- No padecer deterioro cognitivo (realizar ejercicios de estimulación cognitiva)
- Ser menor a ochenta años
- No haber sufrido episodios de depresión con anterioridad
- Apreciar un adecuado apoyo social
- Percibir su propio estado de salud como apropiado
- Sentirse productivo
- Encontrar sentido a su vida

#### **2.2.2.10 Cómo ayudar a un adulto mayor con depresión**

Convivir o mantener una relación cercana con una persona que padece depresión resulta complicado por la frustración y la impotencia que supone percibir su apatía, su abandono personal, su bajo estado de ánimo y su incapacidad de disfrute. Sin embargo, si queremos aspirar a mejorar su estado de ánimo, debemos dejar a un lado el sentimiento de rabia que nos provoca esta frustración y procurar relacionarnos con el adulto mayor de manera diferente.

En primer lugar, uno de los factores de protección ante la depresión en el adulto mayor es estar acompañado y, sobre todo, percibir apoyo social. Es decir, no es lo mismo encontrarse acompañado que sentirse de esa manera. Por lo tanto, el tiempo que pasemos con el adulto mayor con depresión debe ser tiempo “de calidad”. Debe ser tiempo durante el cual le dediquemos nuestra atención plena, procuremos que se exprese y que se comunique abiertamente con nosotros. Las recriminaciones, discusiones e imposiciones son contraproducentes en este caso, debido a que su estado de ánimo y sus pensamientos negativos van a provocar que los perciba como ataques y se distancie más de nosotros.

Esta relación basada en la empatía y atención plena va a permitir que se establezca con el adulto mayor un vínculo afectivo, gracias al cual confíe en nosotros y se encuentre más dispuesto a recibir nuestros consejos:

1. Cuestionar de manera sutil sus pensamientos negativos: ¿Por qué crees que no vas a ser capaz de...? ¿Qué ha pasado cuando lo has intentado?, ¿Cómo crees que podríamos cambiarlo?
2. Generar en él emociones positivas. Por ejemplo, recordar sucesos pasados que le provoquen satisfacción.
3. Promover en él un sentimiento de utilidad. Permitir que realice alguna tarea con la que se sienta realizado. Por ejemplo, que cocine para nosotros.

4. Intentar pensar con él en actividades gratificantes a llevar a cabo. Es complicado, debido a la apatía y la anhedonia que forman parte de su estado de ánimo. No obstante, es probable que se pueda descubrir alguna actividad que le resulte gratificante, por mínima que sea.

5. Establecer una rutina de actividades. En este caso se debe tener una actitud paciente y flexible para lograr acuerdos con el adulto mayor. Es complicado alcanzar pactos de este tipo debido a que para él cualquier actividad supone esfuerzo, además, su rigidez cognitiva le dificulta cambiar de pensamiento entre las diferentes opciones posibles. Por ello, se deben ir añadiendo actividades de manera progresiva, al mismo tiempo que se le recompensa por llevarlas a cabo.

#### **2.2.2.11 La importancia de familia en la vejez**

Como todos sabemos, la familia juega un papel muy importante en el proceso del envejecimiento y en la vida del adulto-mayor, ya que los hijos constituyen las principales fuentes de ayuda. Para el adulto-mayor la ayuda de su familia es la más importante, y más aún la ayuda de sus hijos.

El papel familiar constituye uno de los recursos más importante de la población mayor, porque es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de adultos-mayores que sufren de problemas fisiológicos o psicológicos. Para los ancianos lo más importante es el potencial de relación con sus familiares y ayuda, la conciencia y

saber de qué existe una persona en quien confiar y relevante a quien acudir en caso de necesidad o problemas.

También se dice que la familia es casi el recurso más importante, ya que también tiene un lugar en el ámbito de relaciones socioafectivas, porque es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, pues ofrece sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social.

#### **2.2.2.12 Rol de las familias en el cuidado de personas adultas mayores**

De acuerdo a las cifras oficiales del Censo de Población y Vivienda del año 2007, en el Perú existen un total de 2'495,643 personas adultas mayores, que representan el 9,1% de la población nacional. De este total 1'290,607 son adultas mayores (51,7%); y 1'205,259 son adultos mayores (48,3%).

Proyecciones oficiales estiman que para el año 2020 el porcentaje de personas adultas mayores subirá al 11% del total de la población, y para el año 2025 será el 12,4%, es decir, tendremos cerca de 4 millones y medio de personas adultas mayores en el territorio nacional. Este fenómeno demográfico está configurando una nueva realidad en este grupo poblacional, que se ve reflejada en el creciente riesgo de adquirir patologías crónicas, un mayor riesgo de morbilidad y discapacidad y el incremento de las posibilidades de padecer problemas de dependencia.

La persona adulta mayor en situación de dependencia, es aquella que tiene una pérdida sustancial en su estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física-funcional o mental, que le limita o impide el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, continencia, movilidad, uso de servicios higiénicos, vestirse y bañarse), y en consecuencia requieren del apoyo temporal o permanente de terceras personas, quienes se convierten en cuidadores porque realizan acciones de cuidados domiciliarios a personas adultas mayores dependientes.

De acuerdo a la R.M. N° 941-2005-MINSA, denominada “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”, el 5% de las personas adultas mayores estaría en situación de dependencia (aprox. 125,000 personas), y el 30% (750,000 personas) estaría en situación de fragilidad, que podemos considerarlo como un estadio de riesgo previo a la dependencia.

Principalmente, las acciones de apoyo y cuidados se dan en el propio domicilio, a cargo de los miembros de la familia, quienes realizan los cuidados de una manera solidaria, espontánea generalmente sin orientación ni información básica para ejercerlos. Los familiares, principalmente mujeres, siguen siendo las fuentes principales de apoyo y cuidados, pero hay que tener en consideración que actualmente está cambiando la estructura tradicional de la familia y la función de las mujeres en la sociedad, quienes se incorporan de manera creciente en los campos laborales y educativos, y en un tiempo

muy próximo, cada vez será más difícil mantener este sistema no estructurado de cuidados familiares en el propio domicilio.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en el documento denominado “Principios a Favor de las Personas de Edad”, aprobado mediante Resolución 46/91, alienta que los gobiernos introduzcan en sus políticas, el Principio de los Cuidados: “Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad”. Asimismo, “El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento”, documento de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Madrid, el año 2002, en su Tercera Orientación Prioritaria, menciona que es necesario “organizar sistemas de apoyo social, estructurados y no estructurados, a fin de potenciar la capacidad de las familias para cuidar a las personas de edad en el ámbito familiar (...)”.

El Decreto Supremo N° 011-2011-MIMDES, que aprueba la “Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores”, en el capítulo de los contenidos principales de política pública, en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, especifica lo siguiente:

1. Sensibilizar a la familia de las personas adultas mayores con problemas de salud mental y personas adultas mayores dependientes, para que les brinden los cuidados pertinentes, afecto y comprensión.

2. Propiciar un mayor conocimiento acerca del cuidado de la persona adulta mayor dependiente.
3. Reconocer y apoyar la contribución que hace la familia a los cuidados de personas adultas mayores.
4. Trabajar con los gobiernos locales para el fomento de la importancia y capacitación de los cuidadores familiares.

Las familias siguen siendo el mejor espacio para envejecer con dignidad, por lo tanto es necesario continuar con la formulación de documentos normativos para que los cuidadores familiares sean visibilizados e incluidos en las políticas públicas, con un enfoque de servicio público e inversión social, porque entre otras bondades, los cuidados familiares en el propio domicilio evitan la sobre demanda de consultas y hospitalizaciones en los establecimientos de salud, pudiendo ser insuficientes los recursos humanos en salud para las prestaciones asistenciales. Al respecto, la Dirección de Personas Adultas Mayores de la Dirección General de la Familia y la Comunidad, está comprometida en formular políticas públicas en los diferentes aspectos concernientes a los cuidados familiares domiciliarios.

Estamos ante una realidad que se hace cada vez más urgente, y por lo tanto es necesario dar respuesta a esta configuración demográfica de crecimiento de la población adulta mayor.

### **2.2.2.13 El Modelo Cognitivo de la Depresión**

Nuestro modo de pensar puede enfermarnos. Esta es una de las ideas claves de los Modelos Cognitivos de la Depresión. Afortunadamente, allí radica también parte de su curación pues, tal como lo han demostrado incontables investigaciones científicas, nuestra manera de pensar puede modificarse en el sentido de la salud.

La Depresión es definitivamente uno de los flagelos de nuestro mundo moderno. Algunos sostienen que se trata de una epidemia silenciosa pues más de la mitad de la población experimentará en algún momento de su vida un episodio depresivo lo suficientemente grave como para requerir asistencia profesional. El problema se revela mucho más serio si tomamos en cuenta formas menores del cuadro, como por ejemplo, la Distimia, un diagnóstico caracterizado por un estado de ánimo depresivo pero crónico. Muchas personas pasan toda su vida padeciendo Distimia, sin nunca si quiera saberlo.

Dada su envergadura, la conceptualización y el tratamiento de la Depresión es uno de los objetivos de cualquier sistema psicoterapéutico. Naturalmente, la Terapia Cognitivo Conductual posee un amplio programa de tratamiento para la Depresión, cuya eficacia ha sido claramente contrastada reiteradas veces en estudios empíricos.

El abordaje actual es el resultado de múltiples tradiciones de investigación que hoy se han integrado. Existen así varios modelos

que explican la psicopatología de la Depresión, entre ellos, el de Desesperanza Aprendida, el Socioambiental, el de Autorreforzamiento y el Cognitivo son los más destacados. Cada uno de ellos deriva un conjunto de operaciones prácticas para efectuar en el tratamiento del cuadro, aunque insistimos, hoy se han integrado en un enfoque unificado.

Ahora bien, más que de “el” Modelo deberíamos hablar de “los” Modelos Cognitivos de la Depresión, pues, claro está, existen muchos. No obstante, el más influyente y que más divulgación ha tenido es el propuesto por Aaron Beck con la denominación “Terapia Cognitiva”. A él nos dedicamos a continuación.

#### **2.2.2.14 El tratamiento de la Depresión desde la perspectiva de la Terapia Cognitiva.**

El modelo de Aaron Beck es uno de los más influyentes en lo que a tratamiento se refiere. Su efectividad fue probada en reiteradas oportunidades, resultando en algunos casos incluso superior a los tratamientos con psicofármacos.

Si bien el tratamiento con Terapia Cognitiva para la Depresión contempla un conjunto amplio de aspectos, su eje gira alrededor del cambio en los elementos postulados por la teoría y mencionados arriba, vale decir, los esquemas, distorsiones y pensamientos automáticos. Por ello, el elemento nuclear y más distintivo del tratamiento es la denominada “Discusión Cognitiva”.

La técnica consiste en un cuestionamiento de tipo socrático, de base científico-racional, orientada a primero detectar y luego discutir las ideas del paciente. Se comienza por los pensamientos automáticos pues ellos constituyen la arista visible del sistema, en otras palabras, con un esfuerzo consciente de autoobservación el paciente puede captarlos. Mientras se lleva adelante la discusión, paciente y terapeuta van delineando los significados comunes más frecuentes de los pensamientos automáticos y ello conduce naturalmente al trabajo sobre las distorsiones cognitivas y finalmente, hacia las estructuras menos evidentes, los esquemas cognitivos.

Hoy, la Terapia Cognitiva se destaca como uno de los abordajes más difundidos para la Depresión, mérito legítimamente adquirido a través de años de sustento empírico a su eficacia. No obstante ello, casi nunca se aplica de manera pura. Por el contrario, sus procedimientos se han integrado en el modelo de abordaje que hoy conocemos como Cognitivo Conductual.

## **2.3 Hipótesis de la investigación**

### **2.3.1 Hipótesis General**

Existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales - Tumbes, 2017.

### **2.3.2 Hipótesis específicas**

El nivel del clima social familiar en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017 es bajo.

El nivel de depresión en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017 es alto.

El nivel del clima social familiar en la dimensión relaciones en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017 es bajo.

El nivel del clima social familiar en la dimensión desarrollo en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017 es bajo.

El nivel del clima social familiar en la dimensión estabilidad en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017 es bajo.

### III. METODOLOGÍA

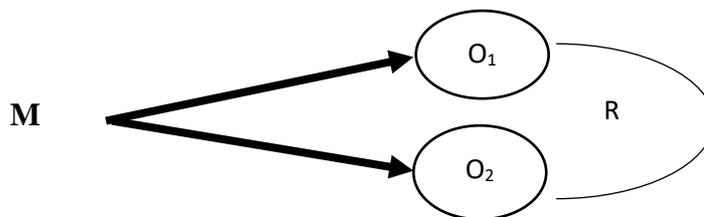
#### 3.1 Tipo y nivel de investigación:

La investigación planteada es de nivel cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional (Hernández, Fernández, Baptista 2006).

#### 3.2 Diseño de la investigación:

Estudio no experimental, transversal descriptivo correlacional. No experimental porque la investigación se realizó sin manipular deliberadamente las variables, transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo único (Hernández, Fernández, Baptista 2006), y descriptivo correlacional porque se buscó describir la relación existente entre las variables: clima social familiar y depresión.

##### 3.2.1 esquema del diseño no experimental de la investigación



Donde:

M: representa la muestra

O<sub>1</sub>: Variable clima social familiar.

O<sub>2</sub>: Variable depresión

R: relación entre dichas variables

### **3.3 Población y Muestra**

#### **3.3.1 Población**

La población está constituida por todos los integrantes del club adulto mayor mi Esperanza, Corrales - Tumbes, 2017.

#### **3.3.2 Muestra**

Se trabajó con toda la población, siendo un total de 30 adultos mayores.

#### **Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores a partir de los 65 años a más de ambos sexos.
- Adultos mayores que vivan en el en el distrito de corrales.
- Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona.
- Adultos mayores que aceptaron participar voluntariamente en la aplicación de los instrumentos.

#### **Criterios de exclusión:**

- Adultos mayores con discapacidad auditiva, que no lograron comprender las preguntas.

### **3.4. Definición y operacionalización de las variables**

#### **3.4.1 Clima social familiar**

**Definición conceptual:** Moos y Trickett (1993) definen que el clima social familiar es el ambiente más importante en la historia del desarrollo de la personalidad donde existe el fruto de las apariciones personales de cada miembro de la familia y se adaptan a diferentes medios de su vida. A su vez, lo define como aquella situación familiar en que la familia tiene

dimensiones fundamentales constituido por elementos que lo componen como: cohesión, expresividad, conflicto, intelectual-cultural, moralidad. Tanto Moos y Trickett refieren que el clima social familiar está constituido por las características socio ambientales y relaciones personales entre sus miembros.

**Definición operacional:** El clima social familiar se evaluó a través de una escala que considera las siguientes dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad. De acuerdo a los puntajes alcanzados en el instrumento, se establecerán en las siguientes categorías:

CATEGORÍA	PUNTAJES	
Muy buena	56 a +	
Buena	46	- 55
Media	36	- 45
Mala	26	- 35
Muy mala	0	- 25

### 3.4.2 Depresión

**Definición conceptual:** William 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.

**Definición operacional:** La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los

equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

• 25-49 rango normal
• 50-59 Ligeramente deprimido
• 60-69 Moderadamente deprimido
• 70 o más, Severamente deprimido

Variables	Dimensiones	Tipo	Escala de Medición	Indicador	Fuente de Verificación	Codificación
<b>Clima Social Familiar</b>		Cualitativa	Ordinal	Puntaje de los Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90	Escala de Clima Social Familiar (FES)	<b>Nivel Ptjes. Categoría</b> Muy alto 56 a + (5) Alto 46 – 55 (4) Promedio 36 – 45 (3) Bajo 26 – 35 (2) Muy bajo 0 – 25 (1)
	<b>Relaciones</b>	Cualitativa	Ordinal	Puntaje de los Ítems: 1,2,3,11,12,13,21,22,23,31,32,33,41,42,43,51,52,53,61,62,63,71,72,73,81,82,83	Escala de Clima Social Familiar (FES)	<b>Nivel Ptjes. Categoría</b> Nivel PUNTAJES Muy alto 19a+ (5) Alto 16 – 18 (4) Promedio: 12- 15 (3) Bajo 9- 11 (2) Muy bajo 0-8 (1)
	<b>Desarrollo</b>	Cualitativa	Ordinal	Puntaje de los Ítems: 4,5,6,7,8,14,15,16,17,18,24,25,26,27,28,34,35,36,37,38,44,45,46,47,48,54,55,56,57,58,64,65,66,67,68,74,75,76,77,78,84,85,86,87,88	Escala de Clima Social Familiar (FES)	<b>Nivel Ptjes. Categoría</b> Muy alto 30a+ (5) Alto 24 – 29 (4) Promedio 17- 23 (3) Bajo 10- 16 (2) Muy bajo 0- 9 (1)
	<b>Estabilidad</b>	Cualitativa	Ordinal	Puntaje de los Ítems: 9,10,19,20,29,30,39,40,49,50,59,60,69,70,79,80,89,90	Escala de Clima Social Familiar (FES)	<b>Nivel Ptjes. Categoría</b> Muy alto 12a+ (5) Alto 10 – 11 (4) Promedio 7- 9 (3) Bajo 3 - 6 (2) Muy bajo 0 - 2 (1)
<b>Depresión</b>		Cualitativa	Ordinal	Puntaje de los Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20	Escala de depresión de Zung	<b>Nivel Ptjes. Categoría</b> Seve depr 70 a + (4) Moderadamente deprimido 60 -69 (3) Liger depri 50-59 (2) Rango Normal 25 – 49 (1) 70 o más, Severamente deprimido

### **3.5. Técnicas e instrumentos**

#### **3.5.1 Técnicas:**

En el presente estudio se utilizara la técnica de la encuesta. Según García Ferrando (1992), refiere que la encuesta una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características.

#### **3.5.2 instrumentos:**

Los instrumentos empleados para la siguiente investigación son: escala de clima social familiar y escala de autoevaluación para la depresión de Zung.

Se detallan a continuación:

#### **Escala de Clima Social Familiar (FES):**

##### **Ficha Técnica:**

##### **Instrumento: escala de clima social familiar FES**

Autores : R.H. Moos. Y E.J. Trickett.

Estandarización : Cesar Ruiz Alva—Eva Guerra Turin Lima - 1993

Administración : Individual — colectiva.

Tiempo Aplicación : En promedio 20 minutos.

Significación : Evalúa las características socio ambientales y la relaciones personales en la familia

Tipificación : Baremos para la forma individual y grupo familiar elaborados con muestras de Lima Metropolitana.

### **Aéreas que Evalúa:**

**Cohesión (co):** Mide el grado en el que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.

**Expresividad (ex):** Explora el grado en el que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.

**Conflictos (ct):** Grado en el que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia. Estas tres áreas nos hablan de la Dimensión RELACIONES que mide el grado de comunicación y libre expresión al interior de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

**Autonomía (au):** Grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.

**Actuación (ac):** Grado en el que las actividades (tales como el Colegio o el Trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción-competencia.

**Intelectual - Cultural (ic):** Grado de interés en las actividades de tipo político, intelectual, cultural y social.

**Moralidad – Religiosidad:** Importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

Estas cinco áreas nos hablan de la Dimensión DESARROLLO que evalúa la importancia que tiene dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común.

**Organización (or):** Importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.

**Control (cn)** Grado en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos. Estas dos áreas miden la Dimensión ESTABILIDAD que 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.

**Modalidades del Examen:**

**Individual**

A partir de los 12 años en adelante, aplicar el cuestionario (la forma puede ser individual o colectiva) calificándose de acuerdo a la clave. Después, se usara el baremo individual (áreas y categorías) que servirá para el análisis final de los resultados

**Confiabilidad:**

Para la estandarización Lima, usando el mato& de Consistencia Interna los coeficientes de confiabilidad van de 0.80 a 0.91 con una media de 0.89 para el examen individual, siendo las áreas cohesión, intelectual — cultural, expresión y autonomía las más altas. (La muestra usada para este estudio fue de 139 jóvenes con promedio de edad de 17 años). En el Test - Retest con 2 meses de lapso, los coeficientes eran en promedio 0.86 (variando de tres a seis puntos).

**Validez:**

En este estudio se probó la validez de la prueba correlacionándola con la prueba de BELL específicamente en el área de ajuste en el hogar (con adolescentes los coeficientes fueron:

En área cohesión 0.57, conflicto 0.60, organización 0.51) con adultos, los coeficientes fueron: cohesión 0.60, conflicto 0.59, organización 0.57 y expresión 0.53, en el análisis a nivel de Grupo Familiar.

También se prueba el fes con la escala Tamai (área familiar) y al nivel individual los coeficientes fueron: en cohesión 0.62, expresividad 0.53 y conflicto 0.59. Ambos trabajos demuestran la validez de la Escala FES (la muestra individual fue de 100 jóvenes y de 77 familias).

**Criterios de Calificación:**

VERDADERO V = 1

FALSO F = 0

**ÍTEMS QUE CONFORMAN LA ESCALA FES**

VARIABLE	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	ÍTEMS
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 intelectual – cultural	6,16,26,36,46,56,66,76,86
		Área social- recreativo	7,17,27,37,47,57,67,77,87
		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

## **Escala de auto medición de la depresión de Zung**

### **Ficha Técnica**

**Autor:** William Zung y Zung.

Se trata de una escala breve, auto aplicada 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:

#### **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**

El proceso de información se realizó utilizando el software estadístico SPSS versión 22 y el programa informático Microsoft office Excel 2013.

El análisis de los datos se realizó por medio de análisis estadísticos descriptivos como son el uso de tablas de distribución de frecuencias porcentuales; así como la prueba de correlación de Rho - Spearman, para examinar la significancia estadística en el análisis relacional de las variables, El nivel de significancia establecido fue de:  $p < 0.05$  lo cual significó trabajar con un 95 % de confianza y un 5 % de error.



### **3.8 principios éticos**

Los resultados obtenidos fueron manejados por el evaluador y se mantuvo el anonimato de los participantes. Cabe resaltar que los datos no fueron ni serán utilizadas en beneficio propio o de algunas entidades privadas que de una u otra manera perjudiquen la integridad moral y psicológica de los adultos mayores en estudio.

el estudio cumple con los principios básicos de la ética en investigación como el principio de beneficencia, de respeto de la dignidad humana ya que se brindó información a los adultos mayores para que con conocimiento decidieran su participación en la investigación, la que fue refrendada a través del consentimiento informado; principio de justicia y al derecho a la intimidad porque su información privada no será compartida con otras personas sino manejada únicamente por el investigador tal como consta en el consentimiento informado.

## IV.RESULTADOS Y CONCLUSIONES

### 4.1 Resultados

**Tabla I**

Relación entre el clima social familiar y La depresión en el Adulto Mayor del Club

Mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

Correlación Rho de Spearman		Clima Social Familiar
Depresión	Coefficiente de correlación	,142
	Sig. (bilateral)	,453
	N	30

**Fuente:** Escala de clima social familiar RH. Moos, BS. Moos y EJ. Trickeet (1984), y Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (1965).

#### **Descripción:**

En la Tabla I se puede evidenciar que no existe relación significativa entre clima social familiar y la depresión (P-Valor:  $0.453 > \alpha = 0.05$ ) en el Adulto Mayor del Club Mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

**Tabla II**

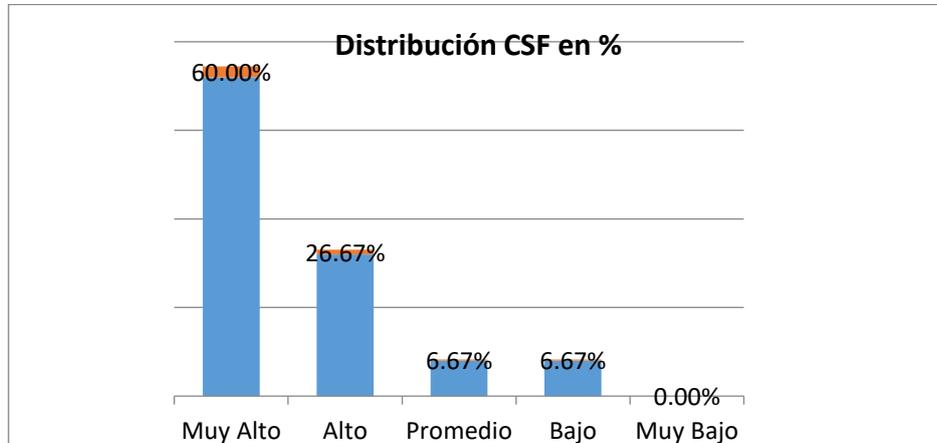
Clima social familiar en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes,  
2017.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	18	60.00%
Alto	8	26.67%
Promedio	2	6.67%
Bajo	2	6.67%
Muy Bajo	0	0.00%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Escala de clima social familiar RH. Moos, BS. Moos y EJ. Trickeet. (1984).

**Gráfico 01**

Clima social familiar en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes,  
2017.



**Fuente:** Escala de clima social familiar RH. Moos, BS. Moos y EJ. Trickeet (1984).

### Descripción

En la tabla II y grafico 01 se observa que el 60% de los adultos mayores se ubican en el nivel muy alto del clima social familiar; 26.67% en el nivel alto, 6.67% en el nivel promedio, 6.67% en el nivel bajo.

**Tabla III**

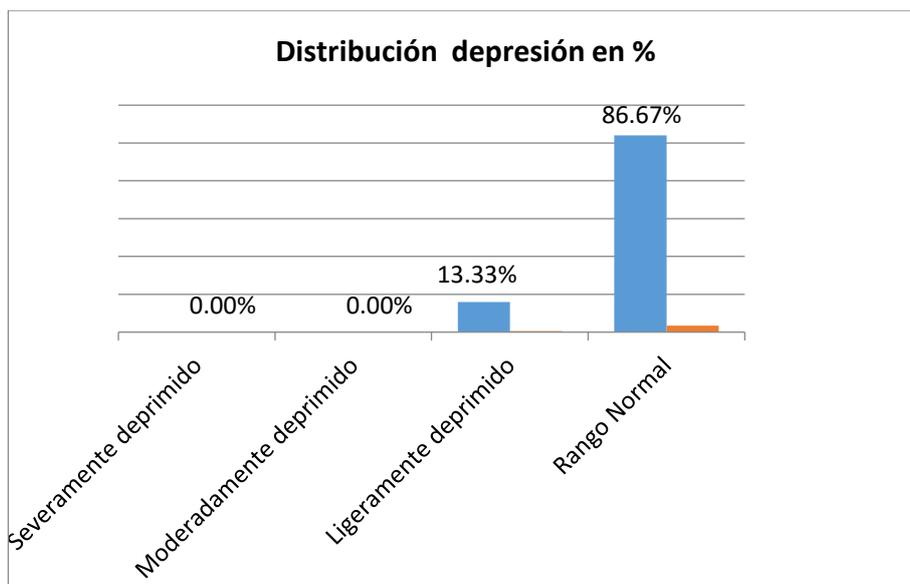
Depresión en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Severamente deprimido	0	0.00%
Moderadamente deprimido	0	0.00%
Ligeramente deprimido	4	13.33%
Rango Normal	26	86.67%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (1965).

**Gráfico 02**

Depresión en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017



**Fuente:** Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (1965).

**Descripción**

En la tabla III y grafico 02 se observa que 86.67% de los adultos mayores se ubican en el nivel de rango normal, y con un 13.33% se encuentran en la categoría ligeramente deprimido.

**Tabla IV**

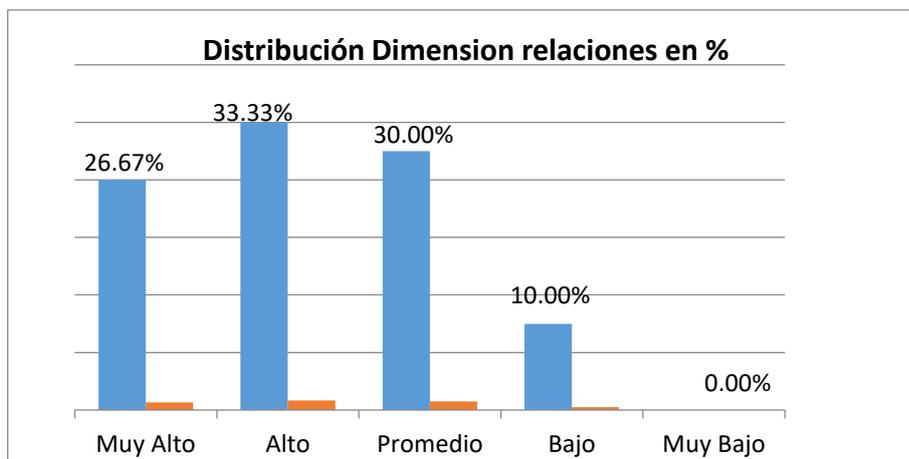
Nivel del clima social familiar en la dimensión relaciones en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	8	26.67%
Alto	10	33.33%
Promedio	9	30.00%
Bajo	3	10.00%
Muy Bajo	0	0.00%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Escala de clima social familiar RH. Moos, BS. Moos y EJ. Trickeet (1984).

**Gráfico 03**

Nivel del clima social familiar en la dimensión relaciones en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.



**Fuente:** Escala de clima social familiar RH. Moos, BS. Moos y EJ. Trickeet (1984).

**Descripción:**

En la tabla IV y grafico 03 se observa que 33.33% de los adultos mayores se ubican en el nivel alto del clima social familiar; 30% en el nivel promedio, y el 26.67% en el nivel muy alto del clima social familiar en la dimensión relaciones.

**Tabla V**

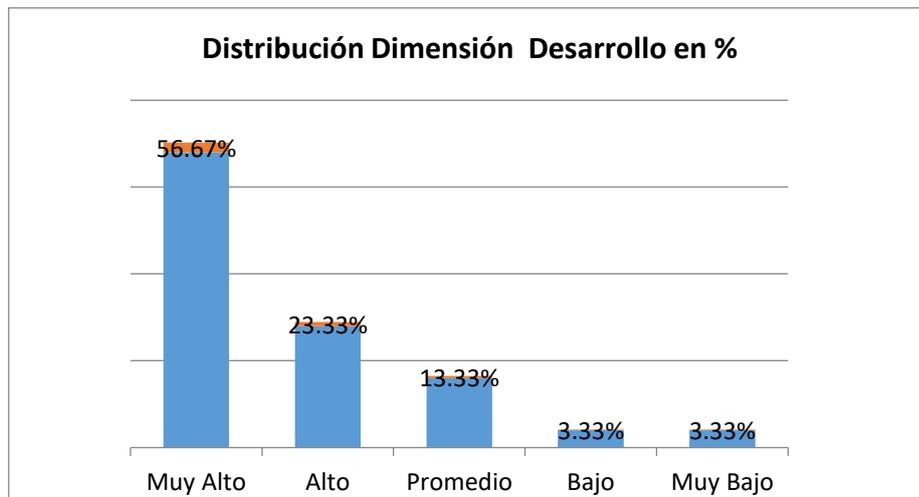
Nivel del clima social familiar en la dimensión desarrollo en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	17	56.67%
Alto	7	23.33%
Promedio	4	13.33%
Bajo	1	3.33%
Muy Bajo	1	3.33%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Escala de clima social familiar RH. Moos, BS. Moos y EJ. Trickeet (1984).

**Gráfico 04**

Nivel del clima social familiar en la dimensión desarrollo en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.



**Fuente:** Escala de clima social familiar RH. Moos, BS. Moos y EJ. Trickeet (1984).

### **Descripción**

En la tabla V y grafico 04 se observa que 56.67% de los adultos mayores se ubican en el nivel muy alto del clima social familiar; 23.33% en el nivel alto, 13.33% en el nivel promedio, 3.33% en el nivel bajo, y el 3.33% en el nivel muy bajo del clima social familiar en la dimensión desarrollo.

**Tabla VI**

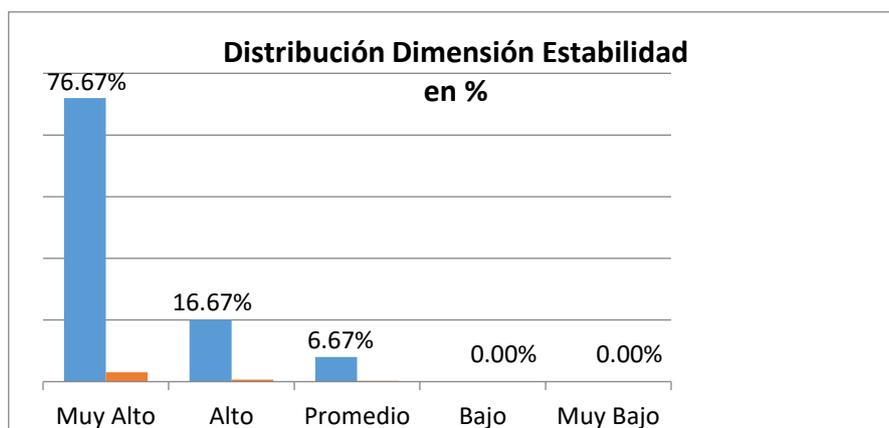
Nivel del clima social familiar en la dimensión estabilidad en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	23	76.67%
Alto	5	16.67%
Promedio	2	6.67%
Bajo	0	0.00%
Muy Bajo	0	0.00%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Escala de clima social familiar RH. Moos, BS. Moos y EJ. Trickeet (1965)

**Gráfico 05**

Nivel del clima social familiar en la dimensión estabilidad en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.



**Fuente:** Escala de clima social familiar RH. Moos, BS. Moos y EJ. Trickeet (1965)

**Descripción:**

En la tabla VI y grafico 05 se observa que 76.67% de los adultos mayores se ubican en el nivel muy alto del clima social familiar; 16.67% en el nivel alto, y el 6.67% en el nivel promedio del clima social familiar en la dimensión estabilidad.

## 4.2 Análisis de los resultados:

El propósito de la investigación fue establecer la relación entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club mi esperanza, corrales – Tumbes 2017. Se concluyó que no existe relación significativa, siendo (P-Valor:  $0.453 > \alpha = 0.05$ ). De tal manera quiere decir que las variables analizadas son independientes, lo que significa que el clima social familiar en el cual el adulto mayor esté involucrado no influye de manera negativa para que este tenga cuadros depresivos, y que por el contrario se puede entender que la depresión en el adulto mayor puede ser parte de los cambios que en esta etapa pueden pasar.

Este resultado es muy diferente a lo investigado por Ibáñez (2015) quien realizó una investigación titulada: Clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de Los Ancianos Desamparados-Piura 2014. Quien encontró una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

Es importante resaltar que una de los objetivos de la investigación fue determinar los niveles de clima social familiar que presentan los adultos mayores del club mi esperanza, Corrales – Tumbes 2017. Encontrando que el 60%, se ubica en un nivel muy alta, evidenciando encontrarse en un ambiente adecuado donde las opiniones son respetadas, existe comunicación y respeto entre los miembros de la familia, siendo muy favorable para el adulto mayor. Así lo afirma (López Doblas, 2005) que refiere que el grado de vinculación de las personas mayores con los hijos suele ser muy estrecho; para ellos los

hijos representan un importante soporte emocional y sus potenciales cuidadores, si bien reivindican su autonomía como valor en sus vidas.

En cuanto al nivel de depresión en el adulto mayor del club mi esperanza, corrales - tumbes 2017. Se encuentra que el 86.67% tienen un rango normal, a diferencia de lo encontrado por Ibáñez (2015) quien realizó una investigación: clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados- Piura 2014. Encontrando que el 75% de los adultos mayores se ubican en un nivel de depresión situacional.

Así mismo se analizaron los niveles alcanzados por los adultos mayores en cuanto a la dimensión relaciones del clima social familiar, encontrándose que el 33.33% de los adultos mayores se ubican en un nivel alto, evidenciando que se desenvuelven en un ambiente donde existe autonomía por parte de los miembros a si mismo se refleja la parte moral y lo intelectual cultural.

De la misma manera se analizó los niveles alcanzados en la dimensión desarrollo del clima social familiar encontrándose que el 56.67% se ubica en un nivel muy alto, evidenciando encontrarse en una familia cuyas normas están bien establecidas y existe el respeto entre cada uno de sus miembros.

Por último se analizaron los niveles alcanzados en cuanto a la dimensión estabilidad del clima social familiar encontrándose que el 76.67% se ubica en un nivel muy alto, evidenciando un clima familiar adecuado, el cual es muy favorable para cada uno de sus integrantes, en principal el adulto mayor que requiere un buen soporte emocional para llevar esta etapa con tranquilidad.

### **4.3 Contrastación de hipótesis**

#### **4.3.2 Se rechazan**

Existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club mi esperanza, Corrales - Tumbes, 2017.

El nivel del clima social familiar en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017. Es bajo.

El nivel de depresión en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017. Es alto.

El nivel del clima social familiar en la dimensión relaciones en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017. Es bajo.

El nivel del clima social familiar en la dimensión desarrollo en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017. Es bajo.

El nivel del clima social familiar en la dimensión estabilidad en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017. Es bajo.

## **V. CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

1. No Existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017.
2. El nivel del clima social familiar en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017. Es muy alto.
3. El nivel de depresión en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017. Es normal.
4. El nivel del clima social familiar en la dimensión relaciones en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017. Es alto.
5. El nivel del clima social familiar en la dimensión desarrollo en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017. Es muy alto.
6. El nivel del clima social familiar en la dimensión estabilidad en el adulto mayor del club mí Esperanza, Corrales – Tumbes, 2017. Es muy alto.

## 5.2. Recomendaciones

- ✓ Los directivos del club adulto mayor mi Esperanza, en coordinación con la gerente del Centro de Salud de Corrales y la psicóloga del mismo establecimiento, deben gestionar programas donde se les brinde información clara y precisa acerca del clima social familiar y como este puede influenciar de manera negativa o positiva en los adultos mayores.
- ✓ Se les deben brindar información clara y precisa del clima social familiar y como este puede influenciar de manera negativa o positiva en los adultos mayores.
- ✓ Instruir a cada adulto mayor, le deben tocar temas acerca de la depresión, causas, síntomas y prevención, pues permitirá que ellos tengan un panorama claro sobre esta enfermedad y que deberán hacer en caso presenten algún síntoma.
- ✓ Realizar talleres donde se refuerce la autoestima de los adultos mayores, hacerles sentir que en esta etapa ellos no se sienten solos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arranz y Olabarrieta (1998).

Funciones de la familia.

Borda, Anaya, Pertuz, romero, Suárez, Suárez (2013).

Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de barranquilla  
Colombia, 2013.

Campos (2015)

Relación entre el clima social familiar y la depresión en adultos mayores en el  
CAM – Piura año 2015.

Castillo (2016)

Relación entre el clima social familiar y la calidad de vida del adulto mayor del  
centro de desarrollo integral de la familia de la municipalidad provincial de  
Tumbes, 2015.

Censo de población y vivienda del año 2007- Perú

Rol de las familias en el cuidado de personas adultas mayores.

Crespo (2011)

Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones  
Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011.

Gallo y Rabines (1999)

Depresión en la tercera edad.

Hernández (1998).

Definición de familia.

Ibáñez (2015)

Clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de Los Ancianos Desamparados- Piura 2014.

Llanes, López, Vázquez, Hernández (2015)

Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor “Felipe Poey Aloy” del área de salud de Nueva Paz, provincia Mayabeque república de Cuba en el año 2015.

Moos, R. Moos, B. Y Trickett, E. (1995).

Escalas de Clima Social: Familia, Trabajo, Instituciones Penitenciarias, Centro Escolar. Manual TEA. Madrid: TEA ediciones.

Moreto (2016)

Depresión y satisfacción en el adulto mayor del distrito de zorritos – tumbes periodo 2016.

Ortiz (2015)

Clima social familiar del adulto mayor con diagnóstico de depresión del centro del adulto mayor EsSalud de la ciudad de Chiclayo, 2013.

Orosco (2015)

Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima.

Revista de ciencias médicas. La Habana. 2015

Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor.

Salazar, Reyes, Plata, Galvis, Montalvo, Sánchez, Pedraza, Gómez, Pardo, Ríos (2015).

Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá.

Sierra (2013)

Relación entre el clima social familiar y la conducta adaptativa del adulto mayor del CERP. Piura 2013.

Sttrange (1992)

Clasificación de la depresión.

Nance, D. C. (2010).

Depresión en el adulto mayor. Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinar, México, Instituto de Geriatria, 239-248.

## **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 RESPUESTAS un aspa (X) en el espacio correspondiente a la letra V (verdadero); si cree que es falsa o casi siempre falsa, marcará un aspa (X) en el espacio correspondiente a la letra F (falso).

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

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la hoja de respuestas, para evitar equivocaciones. La flecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la Hoja de respuestas.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Ud. sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

### **NO ESCRIBA NI HAGA MARCA ALGUNA EN ESTE CUADERNILLO**

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 discutimos 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.
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 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 exposiciones culturales, 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 los demás.
  23. En la casa a veces nos molestamos tanto que 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, 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 contamos 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 interesa poco las actividades culturales.
  37. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos, etc.
  38. No creemos en el cielo ni en el infierno.
  39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
  40. En 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 casa, si a 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 un poco mejor.
  46. En mi familia casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
  47. 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 da 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 sólo confía en sí misma cuando surge un problema.

55. En casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.

56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.

57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o del colegio.

58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.

59. En 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 se animan firmemente unas a otras a 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.

67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares por afición o interés.

68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.

69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.

70. En mi familia cada uno puede hacer 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 de mi familia.

76. En mi casa, ver la 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 familia 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 en 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.

FIN

## **ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG**

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung .

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

\*Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1. Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4	
2. Por las mañanas es cuando me siento mejor.	4	3	2	1	
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.	1	2	3	4	
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	1	2	3	4	
5. Como la misma cantidad de siempre.	4	3	2	1	
6. Todavía disfruto del sexo.	4	3	2	1	
7. He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4	
8. Tengo problemas de estreñimiento.	1	2	3	4	
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	1	2	3	4	
10. Me canso sin razón alguna.	1	2	3	4	
11. Mi mente esta tan clara como siempre.	4	3	2	1	
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacia.	4	3	2	1	
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	1	2	3	4	
14. Siento esperanza en el futuro.	4	3	2	1	
15. Estoy más irritable de lo normal.	1	2	3	4	
16. Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1	
17. Siento que soy útil y me necesitan.	4	3	2	1	
18. Mi vida es bastante plena.	4	3	2	1	
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4	
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	4	3	2	1	

## PERMISO PARA LA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

Tumbes, 02 de Agosto del 2017

**Solicitud:** Permiso para la aplicación de las pruebas psicológicas.

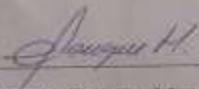
**Señoras:** Bertha Medina Correa  
Presidenta del Club Adulto Mayor mi Esperanza.

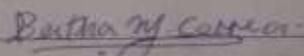
Yo, Tatiana Marlín Duque Monasterio, bachiller en psicología de la universidad Católica los Angeles de Chimbote – Tumbes, identificada con DNI N° 46311132 y con código universitario 2123120075, ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo:

Que por motivos de mi investigación científica denominada relación entre el clima social familiar y la depresión en los integrantes del club adulto mayor mi esperanza que usted actualmente dirige, pido permiso para aplicar las pruebas correspondiente con el fin de poder ejecutar mi investigación y así obtener mi grado de licenciada en psicología.

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

Atentamente

  
Tatiana Duque Monasterio  
Bachiller en psicología

  
Bertha Medina Correa  
presidenta