

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA
DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DEL PROGRAMA DE
CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL “JOSÉ
ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” – TUMBES, 2014**

Tesis para optar el título profesional de licenciada en psicología

AUTORA:

García Ordinola Melanie Steisy

ASESORA:

Lic. Laidy Mabel Irazábal Alamo

Tumbes – Perú

2015

**RELACIÓN ENTRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA
DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DEL PROGRAMA DE
CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL “JOSÉ
ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA”-TUMBES, 2014**

JURADO DE TESIS

PRESIDENTE : Psic. Mg. PEDRO INFANTE SANJINEZ
SECRETARIO : Psic. Lic. GUILLERMO ZETA RODRIGUEZ
MIEMBRO : Psic .Lic. ELIZABETH BRAVO BARRETO

Presidente

Secretario

Miembro

ASESORA DE TESIS

Asesora

Lic. Laidy Mabel Irazábal Álamo

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios y a mi hija, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón, mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Agradecer hoy y siempre a mis padres y demás familiares familia por el esfuerzo realizado, por el apoyo en mis estudios y su amor incondicional, ya que me brindan el apoyo, la alegría y me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante.

Un agradecimiento especial para la LIC. Mabel Irazábal Alamo por la colaboración, paciencia, apoyo y sobre todo por esa gran amistad que me brindó y me brinda, por escucharme y aconsejarme siempre

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo a dios que me ha dado la vida y fortaleza para terminar este proyecto de investigación, a mi hija HELLEN LUCIANNA y a mis padres DIONISIO GARCIA CASTRO Y DELIA ORDINOLA AGURTO por estar ahí cuando más los necesité y por su constante cooperación en los momentos más difíciles.

RESUMEN

El presente estudio es de tipo cuantitativo y de nivel descriptivo correlacional y enfoque no experimental., tomo como objetivo determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en 38 pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital "José Alfredo Mendoza Olavarría" - Tumbes, 2014; utilizando como instrumentos la Escala de Clima Social Familiar (FES) y el Inventario de escala de Depresión De Zung. Para determinar la relación entre estas dos variables se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson encontrándose q el 58% de los pacientes se ubica en el nivel muy bajo del clima social familiar; asimismo se evidencia que un 39% de los pacientes están severamente deprimidos y existe correlación significativa positiva alta de 0,8 entre depresión y el Clima Social Familiar ; se evidencio que existe relación significativa entre la dimensión Desarrollo de 0,75, Estabilidad 0,95, Relaciones 0,39 del clima social familiar y la depresión. Se concluye que el Clima Social Familiar se correlaciona con la depresión en pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital "José Alfredo Mendoza Olavarría"-Tumbes, 2014

Palabras claves: Clima social familiar, Depresión y PCT (programa de control de la tuberculosis)

ABSTRACT

The present study is quantitative and descriptive correlational level rather experimental approach., Vol aimed to determine the relationship between family social climate and depression in 38 patients attending the national health program strategy control tuberculosis hospital "José Alfredo Mendoza Olavarria" - Tumbes, 2014; using as instruments the Family Social Climate Scale (FES) and the Inventory of De Zung Depression Scale. To determine the relationship between these two variables, the Pearson correlation coefficient r found 58% of patients is at the very low level of family social climate was used; also evidenced that 39% of patients are severely depressed and there is high positive significant correlation of 0.8 between depression and Family Social Climate; was evident that there is significant relationship between the size 0.75 Development, Stability 0.95, 0.39 Relationships of family social climate and depression. It is concluded that the Social Weather Family correlates with depression in patients attending the national health strategy tuberculosis control program of the hospital "José Alfredo Mendoza Olavarria" -Tumbes, 2014

Keywords: Mood familiar, Depression and PCT (program control tuberculosis)

CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTOS.....	I
DEDICATORIA.....	II
RESUMEN.....	III
ABSTRACT.....	IV
CONTENIDO.....	V
Índice de tablas.....	VI
Índice de gráficos.....	VII
INTRODUCCIÓN	
Planteamiento del Problema.....	4
Justificación de la Investigación.....	6
Objetivos de la investigación.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
1.4 Hipótesis.....	9
Hipótesis General.....	9
Hipótesis Específicas.....	9

REVISIÓN DE LITERATURA

Antecedentes.....	10
Bases Teóricas.....	14
2.2.1 Familia.....	24
2.2.2 Tuberculosis.....	28
2.2.3 Depresión.....	40

METODOLOGÍA

Tipo y Nivel de investigación.....	48
Diseño de Investigación	48
Población y muestra.....	49
Definición y operacionalización de las variables.....	50
Técnicas e instrumentos de medición.....	52
Procesamiento y análisis de datos.....	53

RESULTADOS

Resultados.....	63
Análisis de resultados.....	72
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1

Niveles del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” – Tumbes, 2014.....63

Tabla 2

Niveles de la dimensión relaciones del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” – Tumbes, 2014.....64

Tabla 3

Niveles de la dimensión desarrollo del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” – Tumbes, 2014.....65

Tabla 4

Niveles de la dimensión estabilidad del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”- Tumbes,2014.....66

Tabla 5

niveles de depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”- Tumbes ,2014.....67

Tabla 6

Prueba de Correlación de Pearson entre el clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”- Tumbes,2014.....68

Tabla 7

Prueba de Correlación de Pearson entre la dimensión relaciones del clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”- Tumbes, 2014.....69

Tabla 8

Prueba de Correlación de Pearson entre la dimensión desarrollo del clima social familiar y familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”-Tumbes,2014.....70

Tabla 9

Prueba de Correlación de Pearson entre la dimensión estabilidad del clima social familiar y familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”-Tumbes,2014.....71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1:

Frecuencia del clima social familiar y la depresión de los de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”-Tumbes, 2014.....63

Gráfico 2:

frecuencia Porcentual de la dimensión relaciones del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”-Tumbes, 2014.....64

Gráfico 3:

frecuencia Porcentual de la dimensión desarrollo del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del de programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”-Tumbes, 2014.....65

Gráfico 4:

frecuencia porcentual de la dimensión desarrollo del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del de programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”-Tumbes, 2014.....66

Gráfico 5:

Frecuencia porcentual de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del de programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”-Tumbes,2014.....67

I. INTRODUCCION

I. Introducción

La familia es una institución social fundamental, es la estructura donde se establecen los comportamientos básicos que determinan la condición de salud física y mental de las personas y las conductas a seguir con respecto al afrontamiento de las enfermedades.

Frente a un diagnóstico de enfermedad, se plantea una situación que genera en el paciente, y en el entorno familiar, efectos muy distintos a los que genera el diagnóstico de una enfermedad curable.

Lewis, Zablis, Shands, Sinsbeimer y Hammond (1996) y Paterson y Garvick (1994). Citado por Baider (2003), Refieren “el cáncer terminal afecta profundamente no sólo al sistema familiar por largos períodos de tiempo, sino que la respuesta de la familia a este desafío tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma y, en muchos casos, a nivel estructural y dinámico del núcleo familiar.”

De acuerdo con el objetivo de la investigación científica, se propuso determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en 38 pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital "José Alfredo Mendoza Olavarría" - Tumbes, 2014. Para desarrollar el tema en referencia se consultó bibliografía, procedente de investigaciones realizadas tanto en el extranjero, como a nivel nacional, que abordan esta problemática.

Los instrumentos que se utilizaron fueron: la Escala de Clima Social Familiar (FES de Moss) estandarizados en Lima metropolitana por Cesar Ruiz Alva y Eva Guerra Turín y el inventario de depresión de zung estandarizado en Perú por Conde y cols. 1970)

El presente estudio resulta ser muy importante, en el que se analiza la asociación del clima social familiar con la depresión de pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital "José Alfredo Mendoza Olavarria" - Tumbes , 2014 ; es decir, el grado de dificultad en que los miembros del grupo familiar se comunican, se apoyan entre sí, se expresan, se organizan; y que los miembros de la familia estén seguros de sí mismos dando posibilidades al desarrollo personal, de tal modo, influyendo en los pacientes para adaptarse y enfrentar a las demandas estresantes y presiones del dicha enfermedad.

Todo esto nos conduce a plantear ¿Cuál es la relación significativa entre el Clima Social Familiar y la depresión en pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014? Para dar respuesta al enunciado del problema se plantea el siguiente objetivo general y específico determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014.

Identificar el nivel del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Identificar los niveles de la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Identificar los niveles de las dimensiones: Relaciones, Estabilidad y desarrollo del el clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

El muestro es no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia debido a que los sujetos están disponibles y en base a un conocimiento previo de la población se toma como muestra el total de la población: 38 de pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes, 2014

Para el presente estudio se considerara población = muestra .Se realizó la toma de test psicológicas en de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital “JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA-TUMBES”, 2014 de manera voluntaria aceptaron colaborar con en el estudio. El procedimiento de los datos se realizara utilizado el programa didáctico informático Microsoft Excel 2010, Para el análisis se utilizara la estadística correlacional, como tablas de distribución, frecuente y porcentaje.

El presente estudio resulta ser muy importante, en el que se analiza la asociación del clima social familiar con la depresión de pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes ,2014, es decir, el grado de dificultad en

que los miembros del grupo familiar se comunican, se apoyan entre sí, se expresan, se organizan; y que los miembros de la familia estén seguros de sí mismos dando posibilidades al desarrollo personal, de tal modo, influyendo en los pacientes para adaptarse y enfrentar a las demandas estresantes y presiones del dicha enfermedad.

El propósito del estudio fue el determinar la relación y el efecto de los factores personales y el apoyo social con el apego al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis, por lo que se realizó un estudio correlacional

Pasamos a detallar los contenidos del presente trabajo de investigación:

Revisión de Literatura. En él se expone los antecedentes, las bases teóricas de las variables: clima social familiar y Depresión.

Metodología. En esta parte se describe el tipo, diseño de estudio, población y muestra, las variables, las técnicas e instrumentos empleados, el procedimiento y el análisis de los datos.

Resultados. Está referido a la presentación de los resultados alcanzados, donde se verifica la hipótesis de trabajo que se ha planteado.

Discusión. Aquí se realiza el análisis y discute los resultados obtenidos, con las bases teóricas y antecedentes de la investigación.

Conclusiones. En esta parte se exponen en resumen, los resultados que se obtuvieron en la investigación.

Recomendaciones. En esta parte se exponen las políticas, estrategias y medidas de acción a tomar por la institución, para dar solución al problema que se investigó.

Referencias bibliográficas. Se presentan las fuentes de información que se consultó para la realización del informe de investigación. Anexos. Se incluyen los instrumentos utilizados en el estudio y los baremos, adaptados para la población en estudio.

MARCO REFERENCIAL

1.1. Planteamiento Del Problema

a) Caracterización del Problema:

La familia es un sistema donde existen jerarquías y diferenciaciones, en su estructura hay tres componentes fundamentales: los límites, las alianzas (o las coaliciones) y el poder (o liderazgo). Una sana o funcional familia es aquella que tiene una estructura flexible, capaz de modificar sus patrones de interrelación, adaptarse a los cambios y asumir nuevas funciones en correspondencia con la evolución de su ciclo vital: son creativas, gratificantes, formativas y nutritivas

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por un organismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, también conocido como bacilo tuberculoso o bacilo de Koch... Generalmente la tuberculosis afecta los pulmones denominándose TBC Pulmonar siendo está el tipo más común de Tuberculosis.

El presente estudio tiene su origen en las preocupaciones del personal de salud con relación a comportamientos y actitudes poco adecuadas por parte de ciertos pacientes con tuberculosis que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”-Tumbes,2014

En ellos, cada vez son más frecuentes los comportamientos depresivos, la falta de interés del tratamiento y el ausentismo. Los encargados de las estrategias sienten impotentes, frustrados, desencantados.

La familia es la unidad básica de la sociedad humana; centro fundamental del desarrollo de la vida afectiva y moral del individuo.

La familia es una institución que varía, se transforma, se adapta, se reinventa, perdura y puede constituir un elemento central en la organización de la vida y del bienestar propio

La tuberculosis en la actualidad es uno de los problemas de salud pública de mayor trascendencia social, considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las enfermedades que afecta a la tercera parte de la población mundial, teniendo como cifras a 20.000 personas que desarrollan la enfermedad todos los días y 5.000 que mueren por ella, prevaleciendo las edades desde 15 – 54 años.

La agresividad, el pasotismo, el ausentismo al establecimiento de salud, no es más que síntomas de un mal mayor. El paciente se encuentra descontento de sí mismo, no identifica sus emociones, no sabe lo que quiere, el desaliento y el estrés son también síntomas de su malestar interior. Ponerse en el lugar del otro es difícil para el personal de salud nuestra cultura y nuestras familias siguen altamente preocupados por el desarrollo de las capacidades emocionales, es aquí la importancia de la familia como primera escuela donde el paciente empieza a relacionarse con otros seres humanos y a desarrollar los lazos afectivos consigo mismo y con el entorno donde se desenvuelve, siendo la agencia socializadora más importante en su desarrollo y ejercen una gran influencia en su comportamiento pudiendo impactar en su éxito o fracaso.

Es por ello que se plantea la siguiente hipótesis:

Si existe relación del clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital "José Alfredo Mendoza Olavarria" -Tumbes, 2014?

En este ámbito el entorno familiar juega un papel muy importante como red de soporte social durante el proceso de la enfermedad actuando en un clima social rehabilitador de la enfermedad. Los cambios en la dinámica familiar del enfermo son sumamente importantes y cruciales porque inciden en el sufrimiento físico y emocional, debido a las transformaciones objetivas de la vida cotidiana (disminución de los roles sociales) y las que ocupan en la subjetividad de las personas (discriminación social) en el contexto de las relaciones que se contribuyen entre el individuo y el entorno).

Partiendo del concepto de depresión y de la gran importancia que cumple la familia en el desarrollo emocional del adolescente se consideró establecer la correlación entre estas dos variables.

El Hospital de Apoyo de Tumbes "José Alfredo Mendoza Olavarría", fue construido por el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social; en ejecución al Plan Nacional Hospitalario; durante el Gobierno del Dr., Manuel Prado Ugarteche.

Oficialmente fue inaugurado el día 24 de Mayo de 1,963, como Hospital Centro de Salud de Tumbes, siendo Presidente da la Junta de Gobierno el General de División Nicolás Lindley López y Ministro de Salud Pública y Asistencia Social el General de Brigada Víctor Solano Castro.

Se hace necesario entonces identificar y conocer la relación entre el clima social familiar y nivel de depresión en los familiares de pacientes con tuberculosis de nuestra ciudad de Tumbes, de manera que se pueda brindar información para desarrollar programas de prevención e intervención, con el objetivo de reforzar las medidas saludables en las relaciones familiares, la participación en el proceso de la enfermedad que están viviendo los miembros de la familia, mitigando posibles problemas de adaptación .

Del mismo modo, los profesionales puedan dirigir sus esfuerzos estableciendo una relación de ayuda que permita a los familiares transitar por este proceso sintiéndose y estando acompañados posibilitando que la familia recupere la confianza, a veces perdida en sus capacidades cuidadoras.

b) Enunciado del Problema:

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

¿Cuál es la relación significativa entre el Clima Social Familiar y la depresión en pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014?

1.2. Justificación de la investigación

Considero que esta investigación es de mucha importancia e interés, ya que aparte de enriquecer los conocimientos profesionales, puede ayudar en especial para aquellas futuras investigaciones que incidan en este tema, ya que sus hallazgos podrían contribuir con sus ideas, así como plantear recomendaciones para la ejecución de programas de prevención sobre esta problemática.

Está orientado a conocer la estabilidad de la dinámica familiar, el soporte y apoyo emocional que se brindan entre ellos ante cualquier situación problemática de cómo las personas afrontan estos problemas que viven que hacen que crea una inestabilidad la cual puede desencadenar síntomas de ansiedad, inseguridad y depresión en diferentes niveles

Y es por ello que este trabajo está hecho para que las personas conozcan sobre este tema y sepan en realidad los problemas que puede ocasionar si una persona cae en depresión

Ya que la tuberculosis es considerada como una de los principales problemas de salud pública, que en la actualidad presenta una tendencia creciente considerándola como enfermedad social que afecta a la población económicamente activa (PEA), con una mortalidad de 1.8 millones por año. En este marco la situación del enfermo se torna crítica ya que como es de conocimiento la enfermedad física va acompañada de trastorno psicológicos afectando su estado emocional (autoestima), las cuales frecuentemente son acompañadas por la desmoralización y trastorno depresivo, limitando su interacción social . En la cual la familia

constituye el contexto más inmediato en el que se desenvuelve la enfermedad, es el soporte social que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad.

Es por eso que se logró establecer la siguiente hipótesis:

Si existe relación del clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital "José Alfredo Mendoza Olavarria" -Tumbes, 2014

Permitirá a los directivos de la institución del hospital "José Alfredo Mendoza Olavarria"-Tumbes tener una panorámica acerca de las características más relevantes en el perfil emocional de los pacientes y asimismo de su valoración o percepción familiar, con la intención de llevar a cabo acciones futuras que brinden fortalecimiento en el Clima Social Familiar y depresión de los pacientes.

En el caso del soporte familiar, éste se correlaciona íntimamente con la sintomatología depresiva. El soporte familiar deficiente podría generar una cadena que conlleve a depresión y posteriormente a mayor susceptibilidad para el desarrollo de infección activa por el bacilo de Koch.

A través de esta investigación se demostrará la importancia de contar con conocimiento local propio de la realidad familiar y emocional de los pacientes del hospital " José Alfredo Mendoza Olavarria" De La Ciudad De Tumbes.

1.3. Objetivos de la investigación:

1.3.1. Objetivo general:

Determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital "José Alfredo Mendoza Olavarria" - Tumbes, 2014

1.3.2. Objetivos específicos:

Identificar los niveles del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital "José Alfredo Mendoza Olavarria"-Tumbes, 2014

Identificar los niveles de la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital "José Alfredo Mendoza Olavarria"-Tumbes, 2014

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis General

Hi: Si existe relación entre el clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital "José Alfredo Mendoza Olavarria"-Tumbes, 2014

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes

En la actualidad no se registran muchas investigaciones; sin embargo consideramos pertinente mencionar aquellos estudios que se correlacionen de forma indirecta con la investigación

Antecedentes regionales:

Minsa (2010) programa de Control de la Tuberculosis (PNCT) y Proyecto Vigilia, realizó un estudio titulado “Vivir la Tuberculosis”. La zona de estudio fue las laderas altas de los cerros San Cosme y El Agustino con una muestra de 150 enfermos. El objetivo fue identificar las causas por las cuales las personas enfermas con tuberculosis que pertenecen a zonas de alto riesgo son reuentes a atenderse en los servicios de salud, con la finalidad de diseñar estrategias de prevención y control adecuadas. El tipo de investigación fue cualitativa. Las consideraciones finales más importantes fueron: “En relación a los enfermos y sus familiares existe un perfil característico y definido del enfermo que permita predecir el abandono y la irregularidad en el tratamiento” “La renuencia a buscar, continuar o culminar el tratamiento antituberculoso por los enfermos está asociado a la calidad de las redes sociales de que forma parte, las alteraciones en la dinámica social, familiar, laboral y educativa; la duración y las características propias del tratamiento”

Antecedentes nacionales:

Miranda en el año (2010), realizó un estudio sobre “Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N° 5 Arequipa Sur”, la muestra investigada estuvo constituida por 90 personas. El objetivo fue correlacionar la tuberculosis y las manifestaciones depresivas en los pacientes que actualmente vienen recibiendo tratamiento antituberculoso, El tipo de investigación es cuantitativo descriptivo. Una de las conclusiones más destacada fue: “Los niveles de depresión leve, moderada, severa y muy severa que afectan a los pacientes con tuberculosis alcanza un alto índice, es decir 3 tercios de la población estudiada”

Guerra (2013) en su estudio titulado “ El Clima Social Familiar y su relación con el Rendimiento Escolar” aplicado a una muestra de 180 alumnos del Colegio Estatal del distrito de San Juan de Miraflores - Lima, utilizó como instrumentos la Escala del Clima Social en la Familia de Mohos, de tipo correlacional para concluir qué: Los adolescentes de hogares Cohesionados alcanzan mejor Rendimiento Escolar que aquellos provenientes de hogares de baja Cohesión; La mala adaptación familiar influye negativamente en el Rendimiento Escolar; los hogares de los

Lloc (1992), en su estudio “rendimiento escolar “en Pacasmayo aplico una muestra de 36 estudiantes, de tipo cuantitativo, llegando a las siguientes conclusiones: El entorno escolar de los alumnos de la muestra está constituido por un ambiente no favorable, en su mayoría por pertenecer a un estrato social bajo; alumnos con buen Rendimiento Escolar suelen estimular la expresividad y el actuar libremente,

posibilitando la expresión de los sentimientos. Asimismo, los adolescentes que provienen de hogares bien organizados muestran una disposición a rendir bien en el colegio.

Mendoza & Tejada (2012) en la tesis titulada “Implicaciones del entorno familiar en el rendimiento escolar de niños de segundo grado de educación primaria del C.E. “Lucrecia Vértiz Caceda” del distrito de dados sus características propias del sector. Asimismo, los alumnos en estudio son de 1500, de tipo correlacional llegaron a la conclusión: no reciben el afecto paternal deseado, pues existe descuido por parte de los padres debido a las circunstancias laborables; la mayoría son obreros cuyos ingresos le permiten cubrir sus mínimas necesidades; además de tener un nivel educativo de apenas educación primaria.

Tello en el (2012), realizó un estudio sobre “Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el CS. Tablada de Lurín”. El objetivo trazado fue determinar las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. La población estuvo conformada por 16familiares. El tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Una de las conclusiones importante fue: “Existe un porcentaje (62.5%) considerable que tiene una actitud con grado de intensidad de aceptación seguido de una actitud con grado de intensidad de indiferencia (37.5%) hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar”

Zarate(2014) , en un estudio llevado a cabo en Lima, reporta que el 100% de pacientes con tuberculosis tenían depresión (tomando en cuenta los puntajes de la escala de Beck para Depresión), con 42.3% y 29.2% de pacientes con puntajes sugerentes de depresión moderada y severa respectivamente, además reporta una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje de depresión y en la escala de satisfacción familiar entre pacientes que abandonaron el tratamiento y pacientes que continuaron con el mismo. El riesgo relativo de abandonar el tratamiento en pacientes con depresión moderada o severa fue 11.64 en relación con los pacientes con depresión leve. El 44% de pacientes de esta serie tenían un nivel bajo de satisfacción familiar y el 62.9% de personas que abandonaron el tratamiento pertenecieron al grupo con nivel bajo de satisfacción familiar.

Antecedentes internacionales:

Clara Lina Salazar Gonzáles y colaboradores (2012) realizaron un estudio titulado “Factores de Riesgo para el Abandono del Tratamiento contra la Tuberculosis en la ciudad de Medellín. Enero 2012 – Junio 2012, teniendo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a la No-Adherencia al tratamiento antituberculosos siendo las conclusiones del mismo: “ Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol durante el tratamiento y el abandono del mismo... La incidencia es mayor en adultos (avanzados) de la raza blanca, mientras que en las otras razas es más frecuente en adultos jóvenes y en niños menores de 5 años. Sin embargo, el grupo de edad entre 5 y 14 años, tiene

la incidencia más baja. La vacunación con BCG sólo interviene en el control de la enfermedad en menos del 30%

Zapata, Figueroa, Méndez, Miranda, Linares, Carrada, Vela y Rayas (2013) hicieron una investigación sobre la depresión asociada a la disfunción familiar en pacientes oncológicos. Se realizó una encuesta prospectiva a 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad, de una escuela secundaria federal de Irapuato, Guanajuato - México. Para evaluar la depresión se aplicó el *test* de Zung y para detectar la disfunción familiar el APGAR familiar. Se consideró con disfunción familiar a aquellos con puntaje menor a 7 en el *test* de Apgar familiar y con depresión a aquellos con puntaje menor de 50 en el de Zung. El resultado dio que, el 33% de los encuestados fueron diagnosticados con disfunción familiar, clasificándose como moderada en 203 adolescentes (27.2%) y grave en 44 adolescentes (5.9%). Treinta sujetos (6%) fueron diagnosticados con depresión y en 43.3% de los casos estuvo asociada a disfunción familiar. Al aplicar el *test* de Apgar familiar a la muestra de adolescentes de la escuela federal dio como resultado que más de la mitad tenía disfunción familiar, a pesar de ello no se asocia significativamente con la presencia de depresión porque la población evaluada no tenía evidencia de problemas o trastornos psicológicos precisamente, eran adolescentes con una vida aparentemente normal.

Por ello el autor concluye que puede existir un rasgo de resiliencia en los adolescentes dado que afrontan positivamente los inconvenientes familiares que se le presenten.

Leyva, Hernández, Nava y López (2013) En el Instituto Mexicano del Seguro Social realizaron una investigación de depresión en adolescentes y funcionamiento familiar, se incluyeron 252 estudiantes, 134 sexo masculino y 118 del sexo femenino, con edad promedio de 16 años. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo y transversal efectuado durante marzo de 2006. Se utilizó la escala de Birleson y el instrumento gFACES III teniendo como resultados que la frecuencia de depresión fue de 29.8% siendo mayor en las mujeres (42.2%). En los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa mientras que en los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas, las estructuralmente aglutinadas y las rígidamente aglutinadas. Los autores afirman que existe una asociación entre el tipo de familia rígidamente dispersa y la depresión, por la calidad del estudio no se puede encontrar una relación causa- efecto.

Es así como los valores y normas sociales influyen sobre la conducta de una población, en cuanto a los temas relacionados a la salud y enfermedad. Las personas no se enferman o abandonan tratamientos porque así lo quieren, si no que existen factores de riesgo asociados, que aumentan su vulnerabilidad. Sin embargo, la perspectiva biológica en la atención sanitaria que predomina en muchos sistemas de salud considera al paciente tuberculoso y su familia como sujetos biológicos “vacíos

culturalmente”, subestimando el valor que significa este conocimiento para hacer más efectivo el programa de control.

Efectivamente, en una investigación realizada por Palma Beltrán y otros, en Argentina se confirma lo descrito anteriormente. Se comprueba que entre los factores que inciden en el abandono del tratamiento, con base en las características que presentan los pacientes, es importante mencionar su bajo nivel de instrucción (en su mayoría con primaria incompleta y un importante número de analfabetos).

Unos hallazgos similares los tuvieron en México, Manjarréz Morales EM y otros (2013), quienes estudiaron un grupo de pacientes con tuberculosis pulmonar en el medio rural y en el medio urbano, con el objetivo de estudiar las principales causas de abandono del tratamiento. La baja escolaridad fue un factor de riesgo para abandonar el tratamiento contra la tuberculosis. Es decir aquellos sujetos analfabetos o sin escolaridad alguna tuvieron un riesgo de abandonar el tratamiento cinco veces mayor que los pacientes con primaria o escolaridad superior.

Serrano y García (2010) realizaron una investigación en Venezuela, con el objetivo de establecer niveles de presencia de la competencia emocional Autocontrol correspondiente a la variable Inteligencia Emocional en adolescentes.

Hallazgo significativo es que los adolescentes de ambos sexos presentan bajos niveles en el componente Autocontrol de la Inteligencia emocional. Después de los resultados encontrados, se puede concluir que este hallazgo, demuestra que el desarrollo de la competencia emocional Autocontrol en ambos sexos va a depender del perfeccionamiento paralelo de las variables: autoconocimiento, empatía, y manejo de las relaciones sociales.

4.2 Bases teóricas

4.2.1 La familia

4.2.1.1 Definición.

Minuchin (1990) afirma que la familia es un sistema donde existen jerarquías y diferenciaciones; y, que en su estructura, hay tres componentes fundamentales: los límites, las alianzas (o las coaliciones) y el poder (o liderazgo). Una sana o funcional familia es aquella que tiene una estructura flexible, capaz de modificar sus patrones de interrelación, adaptarse a los cambios y asumir nuevas funciones en correspondencia con la evolución de su ciclo vital: son creativas, gratificantes, formativas y nutritivas.

Broderick, citado por Navarro y cols., (1997, p. 13) refiere que la familia es como: “un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Además, ciertas facetas –tales como su estructuración única de género y generación- lo diferencian de otros sistemas sociales. Más allá de esto, cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características

psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.) y su posición sociocultural e histórica en su entorno más amplio.”

CEDRO (1994, citado por Camacho, 2002) define a la familia como “un modo de organización en el que dos o más personas, que viven juntas y se relacionan, unas con otras, comparten sentimientos, responsabilidades, información, costumbres, valores, mitos y creencias. Cada miembro desempeña cierta función que permite mantener el equilibrio de esta organización.”

Hurlock (1994) refiere a la familia como una atmósfera psicológica donde el adolescente se desarrolla y tiene un efecto notable sobre su adaptación en lo personal y social; va a influir de forma directa en sus pautas de conducta y características. Si el clima hogareño es feliz, el joven reaccionará frente a personas y cosas de manera positiva. Si es conflictivo, llevará los negativos aprendidos en el hogar a situaciones extrañas y reaccionará ante ellas conforme al temperamento que es habitual. En forma indirecta el clima hogareño influye en el adolescente por el efecto que produce en sus actitudes.

Lafosse (1996) define la familia como un grupo de personas unidas por los lazos del matrimonio, la sangre o la adopción; constituyendo una sola unidad doméstica, interactuando y comunicándose entre ellas en sus funciones sociales respectivas de marido y mujer, madre y padre, hijo e hija, hermano y hermana, creando y manteniendo una cultura común.

Ministerio de Salud del Perú (2003) menciona a la familia como el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Se

fundamenta en la unión entre hombre y mujer, en el amor entre ellos y en la manifestación del mismo hacia los hijos. Es el ámbito donde la persona se sabe amada, y es capaz de amar. La familia es pues la base de toda comunidad de personas, amor y vida, donde todos sus miembros están llamados al desarrollo humano pleno. La familia es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso en el campo de la salud la familia se constituye en la unidad básica de salud.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Familia

2.2.1.1. Definiciones

Minuchin (1990) afirma que la familia es un sistema donde existen jerarquías y diferenciaciones; y, que en su estructura, hay tres componentes fundamentales: los límites, las alianzas (o las coaliciones) y el poder (o liderazgo). Una sana o funcional familia es aquella que tiene una estructura flexible, capaz de modificar sus patrones de interrelación, adaptarse a los cambios y asumir nuevas funciones en correspondencia con la evolución de su ciclo vital: son creativas, gratificantes, formativas y nutritivas.

Hurlock (1994) refiere a la familia como una atmósfera psicológica donde el adolescente se desarrolla y tiene un efecto notable sobre su adaptación en lo personal y social; va a influir de forma directa en sus pautas de conducta y características. Si el clima hogareño es feliz, el joven reaccionará frente a personas y cosas de manera positiva. Si es conflictivo, llevará los negativos aprendidos en el hogar a situaciones

extrañas y reaccionará ante ellas conforme al temperamento que es habitual. En forma indirecta el clima hogareño influye en el adolescente por el efecto que produce en sus actitudes.

Lafosse (1996) define la familia como un grupo de personas unidas por los lazos del matrimonio, la sangre o la adopción; constituyendo una sola unidad doméstica, interactuando y comunicándose entre ellas en sus funciones sociales respectivas de marido y mujer, madre y padre, hijo e hija, hermano y hermana, creando y manteniendo una cultura común.

Ministerio de Salud del Perú (2003) menciona a la familia como el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Se fundamenta en la unión entre hombre y mujer, en el amor entre ellos y en la manifestación del mismo hacia los hijos. Es el ámbito donde la persona se sabe amada, y es capaz de amar. La familia es pues la base de toda comunidad de personas, amor y vida, donde todos sus miembros están llamados al desarrollo humano pleno. La familia es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso en el campo de la salud la familia se constituye en la unidad básica de salud.

2.2.1.2. Funciones de la familia

Según Dughi (1996) en un trabajo publicado por la UNICEF, cualquiera sea el contexto histórico social en que se le examine, la familia debe cumplir cuatro tareas esenciales.

- Asegurar la satisfacción de las necesidades biológicas del niño y complementar sus inmaduras capacidades de un modo apropiado en cada fase de su desarrollo evolutivo.
- Enmarcar, dirigir y canalizar los impulsos del niño con miras a que llegue a ser un individuo integrado, maduro y estable.
- Enseñarle las funciones básicas, así como el valor de las instituciones sociales y los modos de comportarse propios de la sociedad en que vive, constituyéndose en el sistema social primario.
- Transmitirle las técnicas de adaptación de la cultura, incluido el lenguaje.

El impacto de la enfermedad en la familia:

Es evidente que los seres humanos, la mente y el cuerpo reaccionan de manera holística ante las situaciones normales y anormales de la vida. Rincón (2006), citado por Castiblanco (2007). Cabe incluir que Die-Trill (2000), Citado por la Sociedad Venezolana de Psicooncología (2010), refiere “La familia no es un “espejo sin reflejo”; es el sistema básico de cuidado y protección, el reflejo de ansiedad y miedo del paciente y de cada uno de los miembros de la familia; es decir todos se ven afectados: la identidad social de la familia y del paciente es afectada profundamente por el cáncer en los dominios de su funcionamiento psicológico, instrumental y social. La familia tiene su funcionamiento como unidad dinámica de cuidado y apoyo, dentro de los factores macro-económicos y sociales más amplios en los que la familia está inmersa”.

Dificultades en familiares de los pacientes:

Para compartir el afecto con el paciente terminal

Para actuar con naturalidad ante su enfermo

Para aceptar la muerte del ser querido y con ello la pérdida del rol y sus funciones.

Para cuidar del paciente, respondiendo a sus necesidades físicas y emocionales proporcionándole todo el tiempo toda la compañía que él requiere, sin descuidar su propia vida personal.

Para repartir la responsabilidad del cuidado, ya que no todos los miembros de la familia tienen la fortaleza necesaria ni las habilidades requeridas. Los que están más capacitados sentirán más injusto de tener ellos más responsabilidades y se provocan tensiones familiares por lo mismo.

En algunos casos para aceptar que su enfermo escogió como persona significativa a alguien ajeno a la familia, para continuar con sus relaciones normales o para despedirse de su ser querido y darle permiso de morir

2.2.1.3. Clima Social Familiar

Guerra (1993) y Kemper (2000) toman el mismo concepto para definir 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.

2.2.1.4. Componentes del Clima Social Familiar

Considera Moos (1993) que el Clima Social Familiar está conformado por tres dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad y diez áreas las cuales se muestran a continuación:

11 **Relaciones:** Mide el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

Conformado por las siguientes áreas:

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

- **Expresividad:** Es el grado en que se permite expresarse con libertad a los miembros de familia comunicando sus sentimientos y opiniones y valoraciones respecto a esto.
 - **Conflicto:** Se define como el grado en que se expresa abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.
 - **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.
 - **Autonomía:** Es el grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.
 - **Área de Actuación:** Se define como el grado en el que las actividades (tal como el colegio o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competición.
 - **Área Intelectual- Cultural:** Es el grado de interés en las actividades de tipo político-intelectuales, culturales y sociales.
 - **Área Social-Recreativo:** Mide el grado de participación en diversas actividades de esparcimiento.
 - **Área de Moralidad- Religiosidad:** Mide la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.
- 11 **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.

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

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

2.2.1.5. Los Modos de ser Familia

Saavedra (2005) menciona cinco modos de funcionar dentro de la familia que son:

- **Familia Rígida:** Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos.

Los Hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.
- **Familia Sobreprotectora:** Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en "infantiloides". Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones.
- **La Familia Centrada en los Hijos :** Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación

temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los

- hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras "viven para y por sus hijos".
- **La familia Permisiva:** En este tipo de familia, los padres son Incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.
- **La familia peruana:** El Instituto Cuanto en apoyo con la UNICEF realizó un estudio estadístico en el año 1994 sobre los factores que influyen y determinan en mayor medida el bienestar de la familia peruana. Para la ejecución de dicha investigación se valieron de la metodología ENNIV (Encuestas de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida) desarrollada por el Banco Mundial. Se tomaron encuestas en 1985-86, 1991 y 1994 a nivel nacional y en 1990 sólo para Lima Metropolitana.

De la cantidad de datos recogidos puntualizó en dos estadísticos importantes:

El bienestar familiar depende en mayor grado del ingreso que recibe el jefe de hogar. En la investigación se contó con el ingreso total del hogar y se tomó la ocupación del jefe de hogar como una clasificación que

evidenciaba una marcada diferencia en el ingreso per cápita de un jefe de familia que era empleado, uno que era trabajador independiente no agrícola, el que era trabajador independiente agrícola y quien era obrero, siendo este último quien, mayormente, vivía en extrema pobreza.

En el ámbito nacional, el 93% de la PEA de 15 a más años de edad se encuentra ocupada.

Existía una población bastante significativa que ingresaba tempranamente a la PEA, a raíz de los problemas económicos que se agudizaban en el hogar. En dicha investigación los niños trabajadores, desde 6 hasta los 14 años de edad, llegaron a un total de 815 mil a nivel nacional.

Lo anterior son sólo algunas de las características que se observan en el contexto actual, contexto en el que la familia peruana se desenvuelve y lamentablemente tienden a ser factores predisponentes de cualquier disfuncionalidad en la familia.

El adolescente como parte de una familia, vive y absorbe la influencia de los problemas económicos y sociales que atañen a su familia, por ello la importancia de que la familia sea capaz de adaptarse a los cambios, de mantenerse cohesionada a pesar de ello y de tener la comunicación como el instrumento más importante dentro de su funcionalidad.

El contexto familiar se desarrolla dentro del ámbito social, por lo cual es de vital importancia que pueda irse adaptando a los cambios, tanto en el medio como en las etapas de crecimiento de los hijos, así mismo el nivel de cohesión irá oscilando de acuerdo al estilo de comunicación e interrelación entre sus miembros. Cuando la familia no mantiene un equilibrio entre estas dimensiones, los conflictos comienzan a acentuarse

llegando a minimizar su rol principal de protección para convertirse en un factor de riesgo para los miembros y desencadenando en ellos problemas en cuanto a salud mental.

- **La Familia Inestable:** La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.

La disfunción familiar influye en la génesis de problemas psicosociales en la adolescencia, la delincuencia, los intentos de suicidio, los trastornos de conducta, depresión, etc., son problemas que atañen a jóvenes que están predispuestos a incurrir en ellos por falta de estabilidad emocional y muchas veces en producto de la disfuncionalidad en sus familias. Saad de Janon y Saad de Janon,

(2003) indican que las depresiones en adolescentes, de determinada edad, procedencia y nivel académico, son más frecuentes cuando provienen de familias disfuncionales que en aquellos con límites familiares claros.

Por lo anterior, es importante indagar sobre el nivel de funcionalidad familiar en los adolescentes y conocer en qué medida se relaciona con los problemas psicosociales que manifiestan al asistir a consulta psicológica.

- **La familia Estable:** La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos.

2.2.2. TUBERCULOSIS

2.2.2.1 CONCEPTO

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por un organismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, también conocido como bacilo tuberculoso o bacilo de Koch.. Generalmente la tuberculosis afecta los pulmones denominándose TBC Pulmonar siendo está el tipo más común de Tuberculosis.

Entre los principales síntomas que presenta esta enfermedad se Incluyen los siguientes:

- Tos con expectoración (flema)
- Pérdida de peso
- Fiebre
- Sudoración
- Cansancio
- Dolor en el pecho o de espalda

- Dificultad para respirar
- Hemoptisis (expectoración de sangre)

2.2.2.2 Tuberculosis e Interacción Social:

Las estructuras grupales suelen ejercer un condicionamiento sobre la conducta individual en el desarrollo de estrategias de cambios adecuados. House y sus asociados concluyeron, a partir de la meta análisis de los más importantes estudios epidemiológicos, que las redes de vínculos sociales débiles, están asociados a un mayor riesgo de enfermedad y muerte.

La interacción social y/o soporte social puede estimular la recuperación de la salud; por lo que la familia es un grupo social, institución y/o unidad de análisis al interior de la cual se procesa el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso de salud/enfermedad/atención. El sujeto enfermo, en tanto miembro de una familia, enfrentara su situación social y patológica mediante el conjunto de ideas, valoraciones y conductas que genere en el marco de sus relaciones sociales inmediatas.

2.2.2.3 PREVENCIÓN

La prevención tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y en caso se produzca tomar las medidas para evitar el contagio de la enfermedad; es decir la prevención está dirigida a evitar la diseminación del Bacilo de Koch.

Las principales medidas preventivas son:

- Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar: es la medida preventiva de mayor eficacia para evitar el contagio, pues elimina las fuentes de infección presentes en la comunidad. “el tratamiento de uno es la prevención de todos”.
- Vacunación de BCG: la vacuna BCG contiene bacilos vivos atenuados. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis: meningoencefalitis tuberculosa y tuberculosis miliar; debiendo ser aplicada a todo recién nacido de forma gratuita.
- Control de Contactos: se denomina contactos a las personas que conviven con una persona con tuberculosis pudiendo ser este intradomiciliario o extra domiciliario. El control de contactos se define como la evaluación integral y seguimiento de estas personas cuyo objetivo es prevenir la infección y desarrollo de la enfermedad.
- Quimioprofilaxis: Consiste en la administración diaria de Isoniacida (H) 5 mg/kg /día durante seis meses, a los contactos examinados menores de diecinueve años de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopía Positiva (BK+) de esta manera se disminuye el riesgo de desarrollar la enfermedad en los niños infectados.
- Educación y comunicación para la salud: Está dirigida al enfermo, su familia y a la población en general. El objetivo es reducir la transmisión de la enfermedad en la comunidad.

2.2.2.4 El contenido de la educación está orientado a:

- _ Que los sintomáticos respiratorios acudan a los servicios de salud.
- _ Que los enfermos reciban tratamiento completo y supervisado.
- _ Que los contactos sean examinados por personal de salud que los niños menores de cinco años, contactos de pacientes con Tuberculosis Pulmonar con BK (+), reciban quimioprofilaxis.
- _ Que los pacientes no abandonen el tratamiento.
- _ Que la comunidad organizada se interese en el problema de la Tuberculosis y forme comités de Vigilancia Comunal.

2.2.2.5 DIAGNOSTICO

La Tuberculosis además de los principales signos y síntomas que presenta se puede diagnosticar a través de diferentes pruebas tales como:

1.- El Examen de Esputo: La tos y expectoración por más de 15 días es el síntoma más frecuente e importante. Cuando una persona tiene este síntoma se le denomina Sintomático Respiratorio.

Para descartar la enfermedad se debe acudir a un Establecimiento de Salud para que se le tome al paciente una Muestra de Esputo (este examen se realiza de manera totalmente gratuita) el cual consiste en:

- Pedir al paciente que deposite la "flema" o esputo en el envase de plástico descartable que se le entrega y taparlo bien. Debe ser rotulado con su nombre (etiqueta).

- Entregar un segundo envase con tapa y rotulado con su nombre, para que traiga al día siguiente una segunda muestra de esputo apenas se despierte.

2.- En aquellos pacientes que los resultados del examen de esputo sean negativos ingresan a un proceso de seguimiento diagnóstico, en donde se incluyen otras pruebas como la radiografía de tórax.

2.2.2.6 TRATAMIENTO

_ Una vez diagnosticada la enfermedad el tratamiento a recibir es GRATUITO durante el todo el tiempo necesario según el esquema de tratamiento a seguir.

El tratamiento se basa en diversos regímenes de terapia combinada de corta duración formulados en los decenios de 1970 y 1980, y que han ido mejorando a través de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de estos medicamentos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia. La Isoniazida y la Rifampicina son consideradas como el Núcleo básico del tratamiento antituberculoso a la que se le agrega posteriormente la Pirazinamida; todas ellas pueden eliminar al Bacilo de la Tuberculosis en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular.

El tratamiento farmacológico considera dos fases:

PRIMERA FASE de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso.

- SEGUNDA FASE de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así recaídas.

El tratamiento de los enfermos de Tuberculosis es ambulatorio y supervisado por el personal de salud, asegurándose que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día.

En el Perú se aplican Esquemas de Tratamientos Antituberculosos Diferenciados, los cuáles son recomendados por la Organización Mundial de la Salud y cuentan con la aprobación de asesores nacionales e internacionales.

Se aplican los siguientes esquemas de tratamiento:

ESQUEMA UNO: 2RHEZ/4R2 H2

Los medicamentos que se administran son: Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida e Isoniazida medicamentos de primera línea. La duración es de 6 meses. El tratamiento está dividido en dos fases, la primera de dos meses, con administración diaria de las drogas antes mencionadas excepto los domingos y feriados siendo en total 52 dosis y la segunda fase

2.2.3 DEPRESION

2.2.3.1 Depresión

La depresión es una enfermedad que altera de forma intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es como tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras.

Palacios (2013), menciona “La depresión es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, en la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo”.

Salinas (2010), manifiesta que la depresión presenta un cúmulo de desórdenes, desde los físicos (endócrinos y relacionados con la nutrición, reacciones tóxicas y alergias) hasta las presiones psicosociales (tensiones y pérdidas que se van acumulando a lo largo de la vida). Los individuos depresivos tienden a pensar más lentamente, prestan una atención selectiva y recuerdan eventos depresivos negativos y además tienden a culparse por los fracasos y errores en lugar de buscar otras explicaciones que incluyan factores situacionales. Estos estilos de pensamiento, a su vez, pueden afectar el estado

emocional, tal como ocurre en el proceso interdependiente entre pensamientos y sentimientos. Los sentimientos y pensamientos se alimentan unos a los otros, por tanto, establecen un círculo vicioso depresivo.

Origen:

García (2014), manifiesta que su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte).

Existen otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento paterno educativo. La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio.

La depresión es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. La depresión no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza.

No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado.

Definición y signos característicos. Novoa (2002) define la depresión como un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa. La misma que

lleva a sentir soledad, pérdida de motivación, retraso motor y fatiga. Ello puede convertirse en trastorno psicótico donde el individuo se queda incapacitado para actuar normalmente.

La Organización Mundial de la Salud publicó la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, CIE-10 (1992) donde se explica que, la depresión se caracteriza por la aparición de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad y por ende la reducción de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o sentimiento de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida de apetito. Así mismo indica que existen tres formas de depresión: Leve, moderada y grave; y la presentación clínica puede ser distinta en cada tipo y en cada individuo pues existen síntomas enmascarados a través de la irritabilidad, comportamiento histriónico, consumo excesivo de alcohol y síntomas obsesivos preexistentes.

2.2.3.2 ¿Cuáles son sus síntomas?

En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (DSM IV), mencionado por Romero (2007), se identifica los síntomas principales que deben ser reconocidos:

A) Durante al menos dos semanas, presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo necesariamente el 1) o el 2).

- 1) Estado de ánimo deprimido.
- 2) Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
- 3) Aumento o disminución de peso/apetito.

- 4) Insomnio o hipersomnia.
 - 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
 - 6) Fatiga o pérdida de energía.
 - 7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
 - 8) Problemas de concentración o toma de decisiones.
 - 9) Ideas recurrentes de muerte o suicidio.
- B) Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.
- C) No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).
- D) No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida en los últimos dos meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento).

La baja autoestima es común con la depresión, al igual que los arrebatos repentinos de ira y falta de placer en actividades que normalmente lo hacen feliz, entre ellas, la actividad sexual.

Es posible que los niños deprimidos no tengan los síntomas clásicos de la depresión en los adultos. Vigile especialmente los cambios en el rendimiento escolar, el sueño y el comportamiento. Si usted cree que su hijo podría estar deprimido, vale la pena consultarlo con el médico.

2.2.3.3 Los tipos principales de depresión abarcan:

- Depresión mayor: deben presentarse 5 o más síntomas de la lista de arriba, durante al menos dos semanas para diagnosticar este tipo de depresión. La depresión mayor tiende a continuar durante al menos 6 meses si no recibe tratamiento. (Se dice que usted tiene depresión menor si presentan *menos* de 5 de estos síntomas durante al menos 2 semanas.

La depresión menor es similar a la depresión mayor o grave, excepto que la primera sólo tiene de 2 a 4 síntomas).

- Depresión atípica: ocurre en aproximadamente un tercio de los pacientes con depresión. Los síntomas abarcan comer y dormir en exceso. Usted puede sentirse como si estuviera sobrecargado y se acongoja mucho por el rechazo.
- Distimia: una forma de depresión más leve que dura años si no recibe tratamiento.

La depresión a menudo se transmite de padres a hijos; esto puede deberse a los genes (hereditaria), comportamientos aprendidos en el hogar o ambos. Incluso si los genes hacen que usted sea más propenso a presentar depresión, un hecho estresante o infeliz en la vida generalmente desencadena esta afección.

2.2.3.4 Causas

Según, Antonini (s/f), No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

- Herencia: Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.

Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

- Factores Bioquímicos: Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos.

Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores.

Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo.

Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

- Situaciones estresantes: Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

- Estacionalidad - Trastorno afectivo estacional (SAD): Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de

invierno, cuando los días se hacen más cortos, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica.

Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad.

Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

. Personalidad: Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión.

Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas.

Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo

Muchos factores pueden causar depresión, como:

- Alcoholismo o drogadicción
- Afecciones y tratamientos médicos, como:
- ciertos tipos de cáncer

- dolor prolongado
- problemas para dormir
- medicamentos esteroides
- baja actividad de la tiroides (hipotiroidismo)
- Situaciones o hechos estresantes en la vida, como:
 - maltrato o rechazo
 - ruptura de relaciones con el novio o la novia
 - ciertos tipos de cáncer
 - muerte de un amigo o familiar
 - divorcio, incluso el divorcio de los padres
 - desaprobar una asignatura
 - enfermedad en la familia
 - pérdida del trabajo
 - aislamiento social (causa común de depresión en los ancianos)

2.2.3.5 Modelo cognitivo de la depresión

El modelo propuesto por Aaron Beck no sólo es un sistema explicativo de la Depresión y cuadros relacionados sino que también incluye un programa de tratamiento fuertemente sistematizado.

Beck propone un modelo estructural para explicar el funcionamiento psicológico tanto normal como patológico. En primer lugar, postula la existencia de una suerte de filtro o plantilla mental con la cual la persona abordaría las diferentes situaciones; los denomina esquemas, los cuales serían en última instancia los responsables de la regularidad en las interpretaciones cotidianas.

En el entorno de la Terapia Cognitiva, la noción de esquema debe ser entendida como un conjunto de significados idiosincrásicos con los cuales el sujeto va dando sentido a las diferentes situaciones vitales. Así, por ejemplo, para algunas personas los esquemas relacionados con el atractivo sexual son más preponderantes, de este modo, tenderán rápidamente a observar, concentrarse y calificar a los demás en función de su belleza física, su vestimenta y cuidados personales. En otras personas sobresalen los esquemas relacionados con el trabajo y el dinero; por lo tanto, estarán más pendientes de la información económica y financiera, buscarán más fácilmente personas con las cuales hacer negocios e incrementar sus ingresos.

Queda claro que la formación de esquemas cognitivos no tiene de suyo nada de patológico, se trata de un proceso no sólo sano sino inevitable. Es a través de nuestra cultura y educación que vamos formando estas estructuras cognitivas. Sin embargo, en algunos casos, sí pueden tornarse patológicas.

En lo que hace a la Depresión, el esquema central propuesto por Aaron Beck se denomina tríada cognitiva. Con ella, se refiere a una visión

negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona que padece depresión, aplica un sesgo negativo sobre sí mismo, viéndose como una persona despreciable, desvalorizada. Resalta sus aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí.

Por otro lado, también remarca los aspectos negativos de su entorno, su medio ambiente, incluyendo las personas que lo rodean. Finalmente, es pesimista, es decir, cree que en el futuro su vida no cambiará, seguirá padeciendo desgracias y sufrimiento. Esta última arista de la tríada cognitiva, la visión negativa del futuro, se conoce como desesperanza y se encuentra fuertemente relacionada con el riesgo de suicidio.

Ahora bien, el Modelo de la Terapia Cognitiva de la Depresión propone que los esquemas se manifestarán en la consciencia del individuo a través de interpretaciones puntuales y precisas de las situaciones que atraviesa. Tales interpretaciones se denominan pensamientos automáticos y consisten en mensajes específicos, cortos y fugaces; adoptan típicamente la forma de frases breves tales como “soy un inútil”, “mi vida es un fracaso”, “perdí en todo”, “¿para qué vivir así?”. Tal es el bombardeo de verbalizaciones negativas que el depresivo tiene en su consciencia que, naturalmente, la emoción predominante de su estado de ánimo no puede ser otra más que la tristeza.

La manifestación de los esquemas en pensamientos automáticos depende entre otras cosas, de la activación de algunas maneras distorsionadas de procesar la información. Se entiende que el ser humano posee una habilidad única para procesar información, vale decir, combinarla,

transformarla, relacionarla y llegar con esto a ideas nuevas. Esta habilidad tan exquisitamente humana de la cual tanto el hombre se ha beneficiado puede, en algunos casos, volverse en su contra.

En el modelo de la Terapia Cognitiva, este es el lugar de los errores o distorsiones cognitivas. Con tal expresión, Beck se refiere a un conjunto de formas patológicas de transformación de la información, los cuales conducen a aumentar el estado de ánimo depresivo.

Veamos un ejemplo. Un paciente depresivo llama a su esposa por teléfono a su trabajo, ella le habla sólo unos minutos y le dice que tiene que cortar porque está ocupada. El paciente concluye “no le intereso, ya no me ama como antes; si no, ella se quedaría más tiempo hablando conmigo”. En este caso, la persona depresiva está cometiendo un error cognitivo denominado inferencia arbitraria, el cual consiste en sacar conclusiones equivocadas de premisas válidas. En el mencionado ejemplo, el hecho de que la mujer no pueda hablar con el paciente, no justifica para nada la conclusión de que ya no ama a su esposo.

En una de sus obras fundacionales, *Terapia Cognitiva y Desórdenes Emocionales*, Beck postula el concepto de “dominio personal”, al cual define como el conjunto de objetos tangibles o intangibles a los cuales una persona asigna un significado especial y juzga de particular relevancia para él. En su centro se encuentra el concepto de sí mismo, con los atributos físicos y características personales, objetivos y valores.

Luego, defiende la idea de que existen diferentes formas de amenaza al mismo, en alguno de cuyos casos podemos encuadrar a la depresión.

Particularmente, los afectos depresivos surgen como consecuencia de la percepción de daño y pérdida en el dominio personal, vale decir, de una sustracción irreparable del dominio personal. Ahora bien, el punto crítico de la conceptualización radica en que quien padece una depresión, percibe pérdidas y daños donde no los hay. Por ejemplo, un paciente depresivo ve a sus hijos pequeños y piensa que seguramente, el día de mañana sus hijos se alejarán de él y no lo visitarán, consecuentemente, siente pena. En este caso, se trataría de un caso de “pérdida hipotética”, pues el paciente en cuestión no tiene ninguna idea de lo que puede suceder en un futuro tan distante.

2.2.3.6 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.

2.2.3.7 Depresión y Entorno Familiar

A pesar de todos los cambios sociales de los últimos tiempos la familia sigue siendo el lugar al que recurrimos los individuos para satisfacer nuestras necesidades de seguridad física y emocional, salud y bienestar. Es frecuente que nosotros (e incluso los médicos que nos atienden) demos

poco valor al papel que el entorno familiar juega en los procesos de enfermar. Recordemos algunas de las influencias de la familia sobre la salud:

- La familia es la fuente principal de nuestras creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. Las tensiones que sufre la familia en el esfuerzo de adaptarse a las distintas etapas vitales por las que atraviesa pueden repercutir en la salud de sus miembros.
- La familia y sus miembros pueden sufrir el déficit y las sobrecargas de la convivencia con el enfermo, aumentando el riesgo de desarrollar sus propios síntomas.
- Las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad.

2.2.4.1 ¿Cómo se relacionan familia y depresión?

Desde esta perspectiva vamos intentar aclarar en lo posible qué papel juega el entorno familiar en la enfermedad depresiva y qué pautas puede seguir la familia que desea ayudar a la recuperación de un enfermo con depresión.

2.2.4.2 La familia como “causa”

Durante la infancia, un estilo educativo culpabilizado y muy crítico, con bajo nivel de afecto por parte de los padres (sobre todo de la madre), acompañado de un alto grado de control, puede predisponer a la aparición de cuadros depresivos en la edad adulta.

Distintas enfermedades, entre otras la depresión, suelen ir precedidas de un aumento de sucesos vitales estresantes. La pérdida del empleo, un fallecimiento, una separación o incluso unas Navidades pueden ser una fuente importante de estrés. La mayoría de estos acontecimientos (y 10 de los 15 más estresantes) ocurren en el seno de la familia. Asimismo tener la vivencia de que nuestra familia no ejerce adecuadamente su función de apoyo material y afectivo puede favorecer la aparición de un cuadro depresivo. Principalmente la falta de afecto o confianza en el cónyuge constituyen un factor de riesgo de aparición y evolución de síntomas depresivos, especialmente en el caso de mujeres, y en especial tras un parto.

Tenemos que estar especialmente alerta ante algunas situaciones y, en el caso que nosotros o alguien de nuestro entorno se sientan desbordado, o comience a presentar síntomas depresivos, no debemos dudar en acudir a la consulta de nuestro médico:

- *Infancia*: pérdida o separación paterna, pérdida del contacto familiar por internamiento o ingreso.
- *Adolescencia*: separación de los padres, del hogar o de la escuela
- *Adultos jóvenes*: ruptura de pareja, embarazo (especialmente primigestas) o aborto, nacimiento de un niño disminuido, pérdida de trabajo, pérdida de un progenitor, emigración.
- *Adultos ancianos*: jubilación, pérdida de funciones físicas, duelo, pérdida del ambiente familiar (ingresos o institucionalización), enfermedad o incapacidad de familiares cercanos.

2.2.4.3 La familia como “daño colateral”

Si un familiar nuestro tiene una escayola o tiene fiebre entendemos con facilidad que tiene sus capacidades disminuidas y aceptamos que debemos hacer un esfuerzo extra mientras dure la enfermedad. Si lo que tiene es una depresión nos costará entender que sus capacidades están severamente alteradas porque “la escayola” no se ve. Sin embargo, según la OMS, la depresión mayor es ya la causa principal de discapacidad y, si las proyecciones son correctas, en los próximos 20 años tendrá el dudoso honor de convertirse en la segunda causa de carga global de enfermedad.

Además es sabido que la depresión afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres, y pese a los cambios que la incorporación al mercado laboral ha supuesto, las mujeres siguen ocupándose mayoritariamente de las tareas en el hogar incluyendo el cuidado de los niños. Imaginemos entonces qué efectos puede producir sobre el funcionamiento de una familia tener un miembro con un importante grado de discapacidad por una depresión, especialmente si se trata de la madre. Podemos esquematizar algunos cambios en el funcionamiento de la familia

Tal vez donde se haya hecho más hincapié es en las alteraciones que sufren **los niños** (especialmente de corta edad) de madres deprimidas. Se han detectado cambios psicológicos, biológicos y del comportamiento. Los hijos de padres deprimidos tienen hasta tres veces más posibilidad de presentar depresión, y la mejoría del cuadro materno favorece una buena evolución de los problemas de salud mental de los hijos. Además depresión de la madre puede tener otras consecuencias relevantes como

un menor uso de prácticas de prevención de accidentes (usar silla adaptada en el coche o usar protectores de enchufes).

2.2.4.4 La familia como “recurso”

Sabemos que el hecho de poseer unas buenas redes y apoyos sociales favorece una mejora de la salud de forma directa, además de amortiguar los efectos adversos del estrés. La fuente más importante de apoyo social suele ser la familia.

Diversos estudios avalan la idea de que en la depresión mayor, la presencia de apoyo de familia y amigos se asocia a una mejor recuperación. Incluso en lo referente al tratamiento, tener una satisfactoria relación de pareja mejora la respuesta a los antidepresivos cuando éstos están indicados, además de mejorar la adherencia al tratamiento.

2.2.4.5 ¿Cómo puede la familia colaborar en la recuperación?

Informándose

Se ha visto, por ejemplo, que familias que entienden que la depresión tiene un componente biológico favorecen más la adherencia al tratamiento de los enfermos, que las que interpretan el cuadro sólo como un problema adaptativo o interpersonal. A través de los profesionales que atienden su familiar con depresión la familia debe obtener información para:

- **Comprender la enfermedad:** qué es y a qué se debe, cuales son los síntomas y el pronóstico
- Recibir instrucciones sobre qué no hacer: no juzgar o culpabilizar al paciente, no forzarle a animarse o a hacer cosas, no infravalorar la enfermedad, no sustituir a la persona deprimida en todas sus tareas.

- Aprender cómo prestar apoyo: ayudando a aceptar la enfermedad, favoreciendo la adherencia al tratamiento, ofreciendo comprensión y reforzando los pequeños logros...
- **Prestar atención a la situación de los menores**, tanto en lo referente a sus cuidados básicos como a su evolución psicológica y comportamental. Es mejor explicar a los hijos qué está sucediendo de forma clara y sencilla, advirtiéndoles de los cambios y evitando generar en ellos sentimiento de culpa. Si se detectasen alteraciones en el comportamiento o problemas escolares puede ser necesario la consulta con el pediatra o incluso con un psicólogo especializado en infancia.

Colaborando con el médico

La familia puede cooperar aportando información sobre la estructura y funcionamiento familiar. Debe contribuir a que el enfermo realice correctamente el tratamiento y acuda a sus citas de seguimiento, alertando de la aparición de síntomas de alarma.

Dos situaciones en las que el papel de la familia es más relevante son en el caso de que su familiar con depresión precise un ingreso o manifieste ideas de suicidio. No hay que tener miedo a preguntarle sobre sus intenciones si el enfermo hace comentarios en este sentido y en el caso de que las ideas de suicidio sean persistentes o tenga un plan elaborado, no dejarle solo y buscar ayuda. Especialmente hay que vigilarle durante las primeras semanas de tratamiento.

Buscando apoyo

Es frecuente escuchar expresiones como: *“esto no hay quien lo aguante, nunca quiere salir de casa, no podemos viajar”*, o *“doctora, qué va a pensar la gente, yo siempre le he tratado bien para que ahora este así*”

“Es importante afrontar las preocupaciones y sentimientos de los distintos miembros de familia, prestarse apoyo mutuo e intentar controlar las situaciones generadoras de estrés. La atención del familiar deprimido no puede reducir el necesario autocuidado de los propios familiares. Esto incluye mantener espacios de ocio o aficiones. Unos familiares agotados o que renuncian a su propia vida serán de poca ayuda y tenderán a culpabilizar al enfermo perpetuando la situación.

Otro aspecto importante es luchar contra el estigma de la enfermedad mental. El miedo a los juicios de amigos y vecinos, el sentimiento de vergüenza ante una enfermedad que no siempre se comprende puede favorecer conductas de ocultación y aislamiento que en nada benefician la recuperación

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Nivel de Investigación

La investigación planteada es de nivel descriptivo correlacional, tipo cuantitativo y enfoque no experimental.

3.2 Diseño de la Investigación

M: representa la muestra O_X: Variable clima social familiar.

O_X: Variable depresión.

El tipo de estrategia que se siguió para alcanzar los objetivos propuestos, corresponde a la investigación no experimental, porque en ésta no se hizo variación intencional de ninguno de los componentes de la variable independiente.

Bajo este enfoque no experimental, el diseño apropiado para la investigación es el Transversal, ya que se recolectaron los datos en un solo momento o tiempo único, buscando describir las variables del estudio.

Además, el trabajo de Investigación corresponde al Correlacional, puesto que lo que se buscó es describir la relación existente entre las variables, Clima Social Familiar y la depresión.

3.3 Población y Muestra

Población:

La población está constituida por 38 pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del Hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Muestra:

Teniendo en cuenta el tamaño de la población se decidió trabajar con todos, es decir se constituyó una población muestral de pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Criterios de Inclusión:

Pacientes atendidos en centros de salud

Pacientes de ambos sexos.

Pacientes de diferentes grados de instrucción.

Pacientes de diferentes niveles socio económico de la ciudad de tumbes

Pacientes mayores de 18 años

Criterios de Exclusión:

Pacientes con deterioro mental.

Pacientes menores de 19 años.

3.4 Definición operacional 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.

3.4.2 Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar qué 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

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
		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
	DESARROLLO	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

3.5 Técnicas e Instrumentos

3.5.1 Técnicas

La técnica utilizada es la encuesta ya que tanto la Escala como el inventario pertenecen a esta técnica.

3.5.2 Instrumentos

Se aplicó los siguientes instrumentos: La Escala de Clima Social Familiar y el Inventario de depresión de zung, ellos se describen a continuación.

3.5.2.1 Escala de Clima Social Familiar (FES) :

Ficha Técnica:

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 las relaciones personales en la familia.
Tipificación:	Baremos para la forma individual y grupo

- **Áreas que Evalúa:**

- COHESION (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.
- AUTONOMIA (AU): Grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.
- ACTUACION (AC): Grado en el que las actividades (tales como el Colegio o el Trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción-competencia. - INTELLECTUAL - 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.

- ORGANIZACION (OR) : Importancia que se le da en el hogar a una dará 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 (AREAS Y CATEGORIAS) 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 COHESION, INTELECTUAL — CULTURAL, EXPRESION Y

AUTONOMIA 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 COHESION 0.57, CONFLICTO 0.60, ORGANIZACION 0.51) con adultos, los coeficientes fueron: COHESION 0.60, CONFLICTO 0.59, ORGANIZACION 0.57 y EXPRESION 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 COHESION 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

3.5.2.2 Inventario de depresión de zung

La Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión. Estos datos serán utilizados únicamente con éste propósito, sin ser facilitados a ninguna otra entidad ni utilizados para el envío de ningún otro tipo de información ajena a lo solicitado.

Es una escala auto aplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no

está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”¹, en otras se hace referencia a “su situación actual”², o a la semana previa³.

INTERPRETACION

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

En la bibliografía anglosajona 1, 4-5 se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte:

No depresión ≤ 50 (≤ 40 puntos)

Depresión leve 51-59 (41-47 puntos)

Depresión moderada 60-69 (48-55 puntos)

Depresión grave > 69 (> 55 puntos)

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada 6-7, y el de puntuación total 2, 8-10, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Conde y cols² proponen los siguientes puntos de corte:

No depresión < 35 (< 28 puntos)

Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)

Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos)

Depresión grave > 68 (> 53 puntos)

Otros autores han utilizado categorizaciones distintas. Así, Seva-Diaz A. (1982) 8, propone la siguiente categorización:

No depresión < 40 (< 32 puntos)

Depresión leve 41-59 (33-47 puntos)

Depresión moderada-severa ³ 60 (> 47 puntos)

Se ha cuestionado su validez de contenido, por el escaso peso que en la puntuación total tienen los síntomas psicológicos indicativos de alteración del estado de ánimo¹¹, y por la especificidad y el elevado peso relativo de los ítems de contenido somático¹². Se ha señalado también su escasa sensibilidad al cambio en relación al tratamiento instaurado ^{3,13}, así como su inadecuación para valorar cuadros depresivos cuando la intensidad de los síntomas es alta, ya que sólo tiene en cuenta la frecuencia y no la intensidad de los mismos¹⁴. No se considera una escala adecuada para detección de casos en población geriátrica¹⁵, en la que la escala de Yesavage (GDS) ofrece mejores índices psicométricos. El elevado peso que tienen los síntomas somáticos en su puntuación total puede disminuir su capacidad discriminante en pacientes con enfermedad física. Tampoco valora adecuadamente algunos síntomas presentes en depresiones atípicas, como la hiperfagia o la hipersomnía.

La existencia de un doble sistema de puntuación, que se refleja en la bibliografía de forma indistinta^{7,10} y, sobre todo, la falta de estandarización de los puntos de corte dificulta la comparabilidad de

resultados y limita su utilidad tanto en la tipificación de intensidad / gravedad, como para la detección de casos.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice a de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3,6,18,20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general 1, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión²², como a efectos de cribado o detección de casos 16, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total. Orientadas más hacia el paciente geriátrico, se han desarrollado versiones abreviadas²³⁻²⁴, con menor

peso de los síntomas somáticos, que han tenido una difusión muy limitada.

Original:

Zung WW. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatr 1965; 12: 63-70.

Validación:

Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala auto aplicada para la depresión de Zung. ArchNeurobiol 1970; 33: 185-206.

Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala auto aplicada para la depresión de Zung. ArchNeurobiol 1970; 33: 281-30

4.5.6 **PROCEDIMIENTO**

Realizo la toma de test psicológicas en de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA-TUMBES, 2014 de manera voluntaria aceptaron colaborar con en el estudio

4.5.7 **PLAN DE ANÁLISIS**

El procedimiento de los datos se realizara utilizado el programa didáctico sps, versión 21 y el programa informático Microsoft Excel 2010

Para el análisis se utilizara la estadística correlacional, como tablas de distribución, frecuente y porcentaje

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados:

Los resultados a presentar aquí son de toda la población estudiada y no de la prueba piloto

Tabla 1

Categorías del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”-Tumbes, 2014

CSF GENERAL			
NIVEL			
Muy Alto	56 a +	1	0
Alto	46 - 55	2	1
Promedio	36 - 45	3	7
Bajo	26 - 35	4	8
Muy Bajo	0- 25	5	22
			38.0

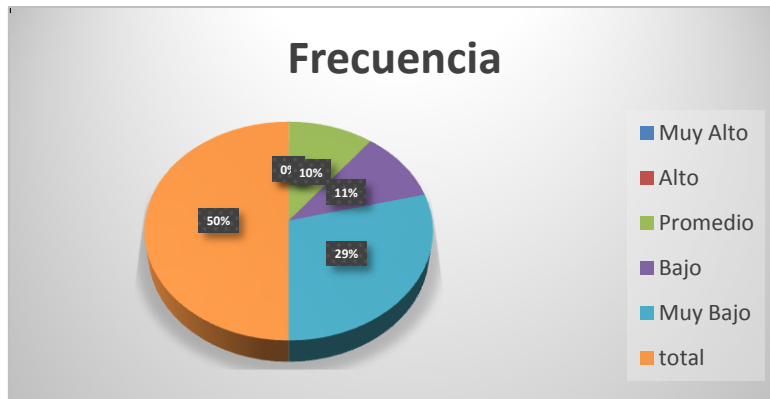
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	0	0%
Alto	0	0%
Promedio	8	21%
Bajo	8	21%
Muy Bajo	22	58%
total	38	100%

Fuente: García. Relación entre el clima social familiar y la depresión de los de los pacientes con tuberculosis que asisten al hospital José Alfredo Mendoza olavarria-tumbes-2014

En la presente tabla se observa que un 58% de pacientes se ubica en el nivel muy, seguido por un 21% en el nivel promedio y bajo, mientras que un 0% en el nivel alto y muy alto

Gráfico 1

Distribución del clima social familiar y la depresión de los de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014



Fuente: García. Relación entre el clima social familiar y la depresión de los de los pacientes con tuberculosis que asisten al hospital José Alfredo Mendoza olavarria-tumbes, 2014

En la presente tabla se observa que un 58% de pacientes se ubica en el nivel muy, seguido por un 21% en el nivel promedio y bajo, mientras que un 0% en el nivel alto y muy alto.

Tabla 2

Categorías de la dimensión relaciones del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

DIMENSIÓN: RELACIONES		
NIVEL	PUNTAJES	
Muy Alto	19 a +	0
Alto	16 - 18	0
Promedio:	12 - 15	9
Bajo	9 - 11	6
Muy bajo	0 - 8	23

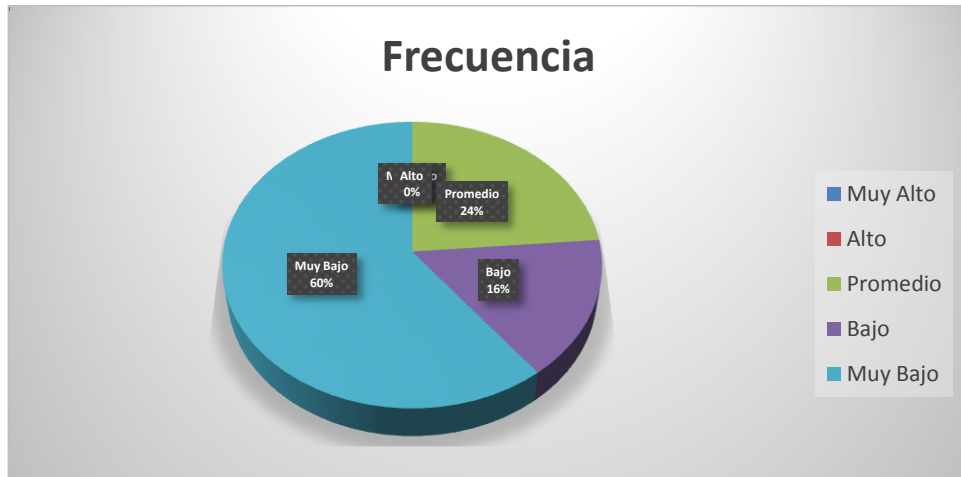
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	0	0%
Alto	0	0%
Promedio	9	24%
Bajo	6	16%
Muy Bajo	23	61%
total	38	100%

FUENTE: IDEM A LA TABLA 1

En la presente tabla se observa que un 61% de pacientes se ubica en el nivel muy bajo, seguido por un 16% en el nivel bajo, mientras que un 24% en el nivel promedio

Gráfico 2

Distribución Porcentual de la dimensión relaciones del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital Jose Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014



FUENTE: IDEM A LA TABLA 1

En la presente tabla se observa que un 61% de pacientes se ubica en el nivel muy bajo, seguido por un 16% en el nivel bajo, mientras que un 24% en el nivel promedio

Tabla 3

Categorías de la dimensión desarrollo del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital Jose Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

DIMENSIÓN: DESARROLLO			
NIVEL	PUNTAJES		
Muy Alto	30 a +	1	0
Alto	24 - 29	2	0
Promedio:	17 - 23	3	10
Bajo	10 - 16	4	13
Muy bajo	0 - 9	5	15

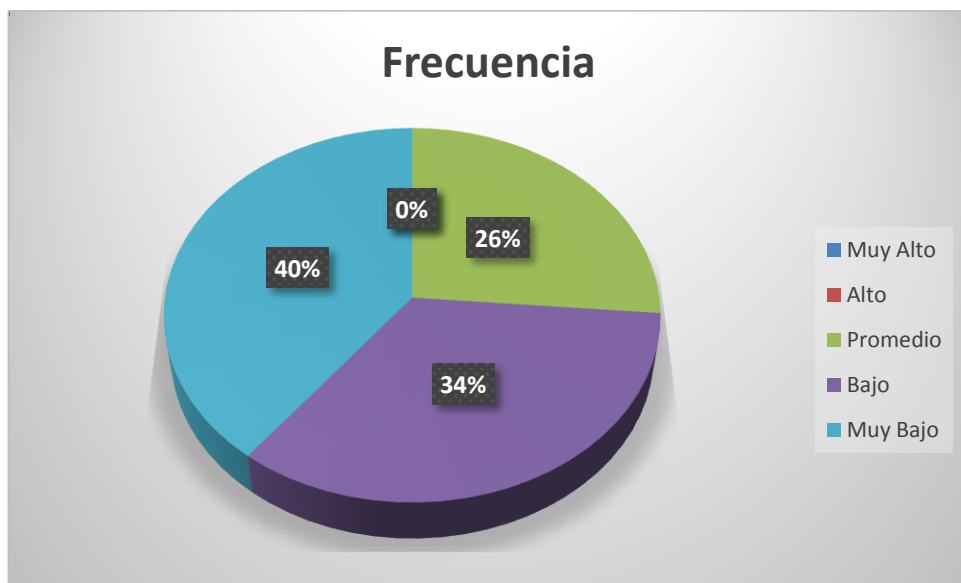
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	0	0%
Alto	0	0%
Promedio	10	26%
Bajo	13	34%
Muy Bajo	15	39%
total	38	100%

FUENTE: IDEM A LA TABLA 1

Se observa que 39% de pacientes que se ubican en el nivel bajo del clima social familiar; mientras que un 34% en el nivel bajo seguido por un 26% en el nivel promedio

Grafico 3

Distribución Porcentual de la dimensión desarrollo del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014



FUENTE: IDEM A LA TABLA 1

Se observa que 39% de pacientes que se ubican en el nivel bajo del clima social familiar; mientras que un 34% en el nivel bajo seguido por un 26% en el nivel promedio

Tabla 4

Categorías de la dimensión estabilidad del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital “Jose Alfredo Mendoza Olavarria”- Tumbes, 2014

DIMENSIÓN: ESTABILIDAD		
NIVEL	PUNTAJES	
Muy Alto	12 a +	0
Alto	10 - 11	4
Promedio:	7 - 9	5
Bajo	3 - 6	16
Muy bajo	0 - 2	13

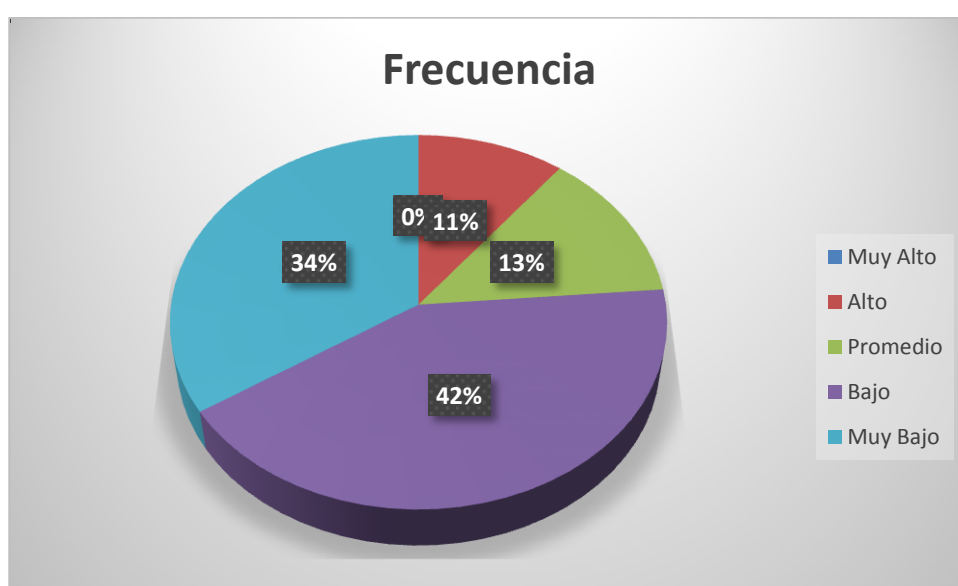
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	0	0%
Alto	4	11%
Promedio	5	13%
Bajo	16	42%
Muy Bajo	13	34%
total	38	100%

FUENTE: IDEM A LA TABLA 1

Se observa que un 42% de pacientes se ubican en el nivel bajo del clima social familiar, seguido por 34% en el nivel muy bajo, seguido por un 13% y 11% se ubica en el nivel promedio y alto

Grafico 4

Distribución Porcentual de la dimensión desarrollo del clima social familiar de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014



FUENTE: IDEM A LA TABLA 1

Se observa que un 42% de pacientes se ubican en el nivel bajo del clima social familiar, seguido por 34% en el nivel muy bajo, seguido por un 13% y 11% se ubica en el nivel promedio y alto

Tabla 5

Categorías de depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

DEPRESION ZUNG			
NIVEL	PTJE	CATEGORIA	FRECUENCIA
Severamente deprimido	70 a +	1	15
Moderadamente deprimido	60 -69	2	16
Ligeramente deprimido	50-59	3	6
Rango Normal	25 - 49	4	1
		TOTAL	38

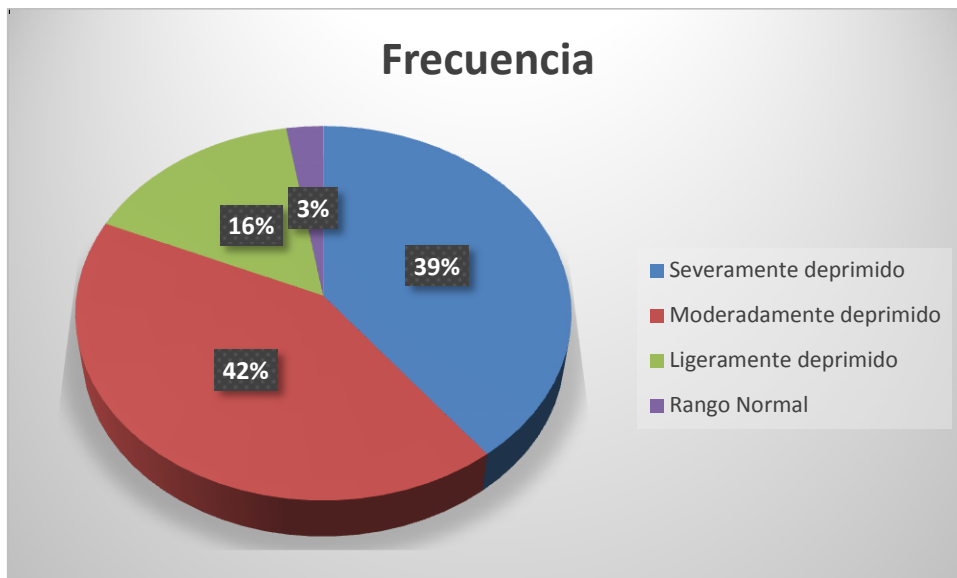
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Severamente deprimido	15	39%
Moderadamente deprimido	16	42%
Ligeramente deprimido	6	16%
Rango Normal	1	3%
total	38	100%

FUENTE: IDEM A LA TABLA 1

En la presente tabla se observa que el 42% de pacientes se ubican en el nivel moderadamente deprimido, mientras que un 39% se ubica en el nivel severamente deprimido, seguido por un 16% y 3% que se ubica en el nivel ligeramente deprimido y en el rango normal

Grafico 5

Distribución Porcentual de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital Jose Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014



FUENTE: IDEM A LA TABLA 1

En la presente tabla se observa que el 42% de pacientes se ubican en el nivel moderadamente deprimido, mientras que un 39% se ubica en el nivel severamente deprimido, seguido por un 16% y 3% que se ubica en el nivel ligeramente deprimido y en el rango normal

Tabla 6

Prueba de Correlación de Pearson entre el clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Valor	Significado
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

$R^2 =$	0.8570989
---------	-----------

FUENTE: IDEM A LA TABLA 1

Se concluye que existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital Jose Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Tabla 7

Prueba de Correlación de Pearson entre la dimensión relaciones del clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital

Jose Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Para interpretar el coeficiente de correlación utilizamos la siguiente escala:	
Valor	Significado
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

FUENTE: IDEM A LA TABLA 1

En el presente cuadro se concluye que si existe relación significativa entre la dimensión relaciones del clima social familiar y familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 20

Tabla 8

Prueba de Correlación de Pearson entre la dimensión desarrollo del clima social familiar y familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital Jose Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Valor	Significado		
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja		
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja	R²=	0.75116603
0	Correlación nula		
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja		
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja		
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada		
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta		
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta		
1	Correlación positiva grande y perfecta		

Fuente: idem a la tabla 1

En el presente cuadro se concluye que si existe relación significativa entre la dimensión desarrollo del clima social familiar y familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital Jose Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Tabla 9

Prueba de Correlación de Pearson entre la dimensión estabilidad del clima social familiar y familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital Jose Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Valor	Significado
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

R² =	0.95876273
------------------------	-------------------

FUENTE: IDEM A LA TABLA 1

En el presente cuadro se concluye que si existe relación significativa entre la dimensión estabilidad del clima social familiar y familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital Jose Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

4.2 Análisis de Resultados

En la presente investigación se encontró que existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión ; encontrando una correlación positiva y significativa entre dichas variables; el cual estaría indicando que a medida que las familias se establece un grado de comunicación, libre expresión, planificación de actividades y apoyo mutuo, ayudará en cierta medida en el desarrollo emocional del paciente el cual podrá comprender que la tuberculosis si se puede curar, expresar y comunicar sus propias necesidades y emociones, respetando a su vez la de las demás personas. Además ayudara a comprender los prejuicios de los demás y así se podrá manejar las presiones del medio. En cambio un clima negativo con modelos inadecuados favorece conductas inadecuadas que muestran carencias afectivas importantes.

Uno de los objetivos fue determinar los niveles de clima social familiar que presentan los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital “Jose Alfredo Mendoza Olavarria”-Tumbes, 2014, encontrándose que 7 pacientes se ubican en el nivel promedio del clima social familiar; 1 se ubican en el nivel alto ,8 en el nivel bajo y 22 en el nivel muy bajo. Resultado que estaría indicando que en su mayoría aprecian un ambiente familiar donde los miembros están inseguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.

Sin embargo también se encontró en los pacientes un porcentaje acumulado de 58% del nivel muy bajo la cual indica que los pacientes reflejan situaciones familiares desfavorables y riesgosas para la

aceptación de la enfermedad; no cumplen con su roles, ausencia de lazos estables, afectivos y solidarios con los otros, aislamiento social y baja comunicación.

También se analizaron los niveles alcanzados por los pacientes en la dimensión relaciones del clima social familiar, hallándose que el 24% se ubican el nivel promedio, resultado que estaría indicando el grado en que los miembros del grupo familiar de la mayoría de los pacientes no están compenetrados y no hay apoyo entre sí, permitiéndoles expresar con libertad a los otros miembros de la familia; comunicando sus sentimientos y opiniones y valoraciones.

Igualmente se analizó los niveles obtenidos en la Dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar de los pacientes , hallándose que un 39 % de pacientes se ubican en el nivel muy bajo , lo cual refleja que la mayoría de los pacientes perciben en sus hogares un ambiente familiar que no les provee ciertas condiciones necesarias para su desarrollo autónomo, moral, cultural e intelectual.

Por otro lado, se analizaron los niveles obtenidos en la Dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar, hallándose que el mayor porcentaje de pacientes(34%) se ubican en el nivel bajo , lo cual reflejaría que los pacientes aprecian su entorno familiar que de manera parcial no existe cierta organización al planificar las actividades y responsabilidades de la familia, además que no hay cierto grado de control entre los miembros de la familia, porque existen algunas reglas y procedimientos medianamente establecidos.

También se analizó los niveles de depresión obtenidos por los pacientes, hallándose que la mayoría (39%) se ubican en el nivel severamente deprimido, mostrándose afectado ,actuando como un efecto amortiguador en el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida, utilización de estrategias de afrontamiento activo para solucionar sus problemas, percibiendo los estresores como amenazantes. Mientras que un 3% de los pacientes es todo lo contrario, presentando un nivel de depresión normal

Por último se analizó la relación entre las dimensiones del clima social familiar con la depresión, encontrando que se relacionan de forma positiva y significativa la dimensión de Desarrollo, Relación y Estabilidad del clima social familiar con la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

V. CONCLUSIONES

Existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Existe relación del clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Existe relación positiva y significativa entre la dimensión de desarrollo del clima social y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

Existe relación significativa entre las dimensiones de relación y estabilidad del clima social y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014

La mayoría de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014, se ubican en el nivel promedio y bajo del clima social familiar.

El mayor número de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014, se ubican en el nivel promedio y bajo en las dimensiones relaciones, Desarrollo y Estabilidad del Clima Social Familiar.

La mayoría de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de programa de control de tuberculosis del hospital José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes, 2014, se ubican en el nivel moderado de depresión.

VI.RECOMENDACIONES

En base a los resultados y a las conclusiones obtenidas en el presente estudio se sugiere lo siguiente:

Que el personal de salud encargado de la estrategia sanitaria, elaboren y ejecuten programas de “aprendizaje”, los cuales estén orientados a informar, sensibilizar y concientizar a los pacientes, familia y demás personas acerca de la necesidad de generar dentro del hogar un clima familiar favorable el cual ayude al paciente a encontrar el apoyo para afrontar la enfermedad

Los centros que se encargan de las atenciones del paciente terminal tienen que dar una merecida y especial atención al núcleo familiar y sus componentes ante la cercana o efectiva muerte de un enfermo de cáncer terminal, todo esto, sin discriminar el buen clima social familiar o los niveles malos del clima social familiar.

Ejecutar talleres sobre temas relacionados a la tuberculosis y depresión para así desarrollar y fortalecer sus capacidades, mantener la motivación y fijar su atención en su recuperación

Recomendar al personal de salud que propicien un clima favorable, para ello es preciso que las autoridades y personal encargado de la institución apoyen propiciando las condiciones adecuadas para una buena atención.

Dar a conocer los resultados obtenidos en la presente investigación al personal de salud del hospital José Alfredo Olavarría de tumbes para que de acuerdo a las recomendaciones dadas lleven a cabo acciones para mejorar el clima social familiar así como también la depresión de los pacientes.

En los centros de atención a éstos pacientes y familiares tienen que incluir atenciones a las necesidades específicas de la familia, facilitar la solución de problemas específicos, reforzar los recursos de la familia y ayudar a los familiares a hacerse cargo de sus propias emociones, preparándolos en el pre duelo por la inevitable muerte del familiar enfermo, y el duelo posteriormente.

Se precisa realizar investigaciones de mayor envergadura sobre el presente tema

Utilizar los instrumentos empleados en el estudio en futuras investigaciones por considerar que ambos instrumentos tienen validez y confiabilidad, además porque cuentan con baremos que se ajustan a la población de nuestro medio.

VII Referencias Bibliográficas

- Camacho R. (2009). Relación entre los Estilos de Crianza y la Inteligencia Emocional en los alumnos de primero y segundo año de secundaria, de la Institución Educativa “San Pedro” de la Ciudad de Piura. (Tesis para Licenciatura en Psicología). Universidad Cesar Vallejo – Piura.

- Álvarez, V., y Montalvo, F. (2010). La familia ante la enfermedad. Universidad Pontificia Comillas. ISBN 978 – 84 – 8468 – 278 – 3. Pg. 10. Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=uepEs83aZMC&pg=PA10&dq=%E2%80%9C>

- Chinchilla, A. (2008). La Depresión y sus Máscaras. Aspectos Terapéuticos. Médica Panamericana Editorial, Madrid. ISBN: 9788479038717. Pg. 138. Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=Yvp51Web9JsC&pg=PA138&lpg=PA138&dq>

- Cervera, G. (2011). Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos. 2da edición. Disponible en: http://clincasnc.com/files/2011/02/Libro_depresion_y_ansiedad_2aED.pdf

- Estrada, I, L. (2012). El ciclo vital de la familia. De bolsillo Clave. Disponible en: [http://books.google.com.pe/books?id=FqHBAAQBAJ&pg=PT3&lpg=PT3 &dq=Estrada+%E2%80%9C](http://books.google.com.pe/books?id=FqHBAAQBAJ&pg=PT3&lpg=PT3&dq=Estrada+%E2%80%9C)
- Frausto, A.; Velásquez C.; Aguilar D. (s.f). Perfil de Inteligencia Emocional de los Estudiantes de la Escuela normal “Manuel Ávila Camacho” de Zacatecas. México. Pág. 1-22. Recuperado de: http://www.enufmorelia.edu.mx/PPS_depresiom.pdf
- García, A. (2014). Trastornos y problemas. Psicólogo Madrid. Disponible en: <http://psicologo-madrid.org/trastornos-y-problemas-psicologicos.php>
- Pulgar (2008). Clima Familiar en adolescentes que presentan deserción escolar. Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
- Grupo de trabajo de salud mental PAPPS. Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 2001. Recomendaciones también disponibles en: <http://www.papps.org/recomendaciones/menu,htm>

- Real Pérez MA, Real Pérez M. Cómo informar sobre la enfermedad mental al paciente y a su familia en atención primaria. En: Caballero Martínez F, García Campayo J, González Rodríguez VM (coordinadores). Habilidades en Salud Mental. 2007. Módulo 2
- Tizón García JL. Repercusiones en el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores. FMC 2005;12(4):220-35
- © Copyright 2009: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España) ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (<http://revistas.um.es/analesps>): 1695-2294
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). BDI II Inventario de Depresión de Beck. México: Paidós.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H. y Macarena, R. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. Salud Men-tal, 24 (3), 17-23
- Madrid: Editorial Laertes. Camacho, S. (2002). Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado.
- Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Educativa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Cava, M. (2013) Comunicación Familiar y Bienestar Psicosocial en Adolescentes. Consultado el 9 de Febrero 2010 en Actas

del VIII Congreso Nacional de Psicología Social en Valencia – España
1(1), 23 – 27 <http://www.uv.es/lisis/mjesus/encuentrosenpsico.pdf>

- Ayudante, R., Inciso, A., Zevallos, S. (2010). Comparación del Clima Social Familiar de las Instituciones Educativas Laica y Adventista. Universidad peruana Unión
- Condezo, I., Ponce, S., Villarreal, D. (2012). Autoconcepto y Clima Social Familiar , Pachacutec – Ventanilla (Lima).
- Escrivá, V., Samper, P., Pérez, E. Colombia (2010). Clima familiar y desarrollo del autoconcepto. (2008). Afirma que el amor es la característica indispensable para la buena vida familiar. ncepto.
- Kemper, S. (2010) sostiene que el clima social es un concepto y cuya operacionalización resulta difícil de universalizar.
- Minuchin, Salvador & Fishman. (2013). Consideran que la familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio
- Rodríguez, R., Vera, V. (2011). Relación entre el clima social familiar y autoestima en alumnos de la ciudad de Trujillo. Universidad César Vallejo.
- □ Ruiz y Guerra (1993).Citado en Calderón y de la Torre (2005). Se fundamentaba en las aportaciones de Moss al referir en los tipos de familia.
- Zavala, W. (2001) El Clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos del 5to. año de secundaria de los colegios nacionales del distrito del Rímac. Tesis para optar el título de Psicólogo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología.

- □ Zelada (2014). Confianza entre los miembros de la familia.
- Smelser (2013), cita los componentes de la autoestima.
- □ Tamayo(2009). El Autoconcepto.
- □ Tovar, N. (2010). Nivel de autoestima y prácticas de conductas saludables en los estudiantes de educación secundaria de la Institución Educativa N°3049 Tahuantinsuyo- Independencia. (Tesis para optar el título de licenciada en enfermería). Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima.

ANEXOS

Anexo 1

Instrumento: Escala de Clima Social Familiar (FES)

INSTRUCCIONES:

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

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

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

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

(NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO)

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



- Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos pasando el rato.
- En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
- En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.
- En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
- Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
- Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc)

- Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.
- En mi casa no rezamos en familia.
- En mi casa somos muy ordenados y limpios.
- En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.



- Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
- En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos.
- En la casa a veces nos molestamos tanto que a veces golpeamos o rompemos algo.
- En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.
- Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
- En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
- Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.
- A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Santa Rosa de Lima, etc.
- En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
- En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.



- En mi familia estamos fuertemente unidos.
- En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
- Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.
- Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.
- Nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor”

- Nos interesan poco las actividades culturales.
- Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.
- No creemos en el cielo o en el infierno.
- En mi familia la puntualidad es muy importante.
- En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.



- Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
- En la casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
- Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
- En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
- Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez mejor un poco mejor.
- En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales 47. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones.
- Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.

- En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
- En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas.



- Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.

- En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.
- En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.
- Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.
- En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.
- Algunos de nosotros toca algún instrumento musical.
- Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.
- Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
- En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.
- En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.



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

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



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



- En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
- En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.

- En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
- En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
- En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
- A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literaria.
- Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.
- En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
- En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
- En mi familia, uno no puede salirse con la suya.

- (COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES)

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES)

Nombre y Apellidos:.....

Edad: Sexo: Masculino () Femenino () Fecha de Hoy...../...../.....

Institución Educativa:.....Grado/Nivel:.....

Nº de hermanos:.....Lugar que ocupa entre hermanos: 1 2 3 4 5 6 ()

Vive: Con ambos padres () solo con uno de los padres () Quién:

.....Otros:.....

.....La familia es natural de.....

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

Anexo 2

Instrumento de autoevaluación para la depresión de zung

Nombre: _____

Edad: ____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Especialidad: _____

Fecha: _____

Teléfono o Celular: _____ DNI: _____

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

Por favor marque (☑) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				

10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

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).

CONCENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: DIA:..... MES:.....AÑO:.....

Yo

___ identificado con D.N.I. _____y como participante del proyecto de investigación autorizo al estudiante de Psicología García Ordinola Melanie, para la realización de la aplicación de los test como: Clima social familiar y depresión y otros que sean de utilidad para dicha investigación, teniendo en cuenta que he sido informado claramente.

..... Firma del Participante Nombre: Firma del Investigador Nombre: García Ordinola Melanie .S
---	---

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Comprendiendo, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

