



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

Título:

**RELACIÓN ENTRE CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES.**

CAM – PIURA, 2015.

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología

AUTORA

Bach. María Elizabeth Campoverde Ríos

ASESOR:

Mg. Sergio Enrique Valle Ríos

PIURA – PERU

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mg. Kelly Yanet Munárriz Ramos

Presidenta

Mg. Susana Carolina Velásquez Temoche

Secretaria

Mg. Carmen Patricia Eras Vines

Miembro

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por darme las fuerzas suficientes para lograr una de las metas más importantes que he tenido en la vida, por iluminarme para seguir por el camino del bien y darme la sabiduría necesaria para culminar de manera exitosa este gran paso en mi vida.

También le estaré muy agradecida al asesor Mg. Sergio Enrique Valle Ríos por guiarme para realizar de manera exitosa esta investigación.

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a mis padres quienes colaboraron conmigo y en el cuidado de mi hija para cumplir mi sueño

A mi hija, porque a pesar de ser adolescente y la única siempre me alentaba para seguir adelante cuando sentía que perdía las fuerzas.

Y a mi ángel que a pesar de no estar físicamente conmigo sé que desde el cielo me ilumina y apoya: Mi hijo.

RESUMEN

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

Palabras Clave: Clima Social Familiar, Depresión

ABSTRACT

This research aims to verify whether there is relationship between family social climate and the relationship between family social climate and depression in older adults in the Cam depression - Piura 2015. For its realization it had a total population of 100 elderly formally enrolled in the CAM- Piura; using a descriptive correlational design. The group I was applied to the data correlation Scale of Family Social Climate RH Moss and Depression Zung y Zung the Inventory. The overall results of this research show that there is a significant correlation between family social climate and depression in older adults CAM. So same average level was evidenced by family social climate 54%, results in varying depression show that there is o depression by 45%, just as there is no correlation in the relationship and development dimension in the dimension stability if there is a relationship.

Keywords: Family Social Climate Depression

INDICE DE CONTENIDO

Agradecimiento.....	iii
Dedicatoria.....	iv
RESUMEN	v
ABSTRAC	v
I.INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1.1 Caracterización del Problema.....	4
1.1.2 Enunciado del Problema.....	6
1.2 Objetivos de la investigación.....	7
1.2.1 Objetivo General	7
1.2.2 Objetivos Específicos	7
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	7
II. REVISION DE LA LITERATURA	9
2.1 Antecedentes de la investigación	10
2.1.1 Antecedentes a nivel Local o Regional.....	10
2.1.2 Antecedentes a nivel Nacional.....	11
2.1.3 Antecedentes a nivel Internacional	13
2.2 BASES TEÓRICAS.....	15
2.2.1 CLIMA SOCIAL FAMILIAR.....	15
2.2.1.1. Definiciones.....	15
2.2.1.2 Componentes del Clima Social Familiar	16
2.2.1.3 Características del Clima Social Familiar.....	17
2.2.1.4 Funciones de la Familia.....	18
2.2.1.5 Tipos de Familia	18
2.2.1.6 Influencia del Clima Familiar	19

2.2.1.7 Interacción Familiar y depresión del adulto Mayor	20
2.2.2 DEPRESIÓN.....	21
2.2.2.1 Historia de la Depresión.....	21
2.2.2.2 Definiciones	22
2.2.2.3 Depresión en el Adulto Mayor	24
2.2.2.4 Tipos de Depresión	27
2.2.2.4.1 Depresión Mayor.....	27
2.2.2.4.2 Distimia.....	28
2.2.2.4.3 Trastorno de Adaptación	28
2.2.2.4.4 Trastorno Bipolares	29
2.2.2.4.5 Otras dimensiones de la Depresión	32
2.3 Adulto Mayor.....	32
2.3.1 Familia y Adulto Mayor.....	34
2.3.2 Rol del Adulto Mayor en la Familia	35
2.3.3 Abandono del adulto mayor por parte de la Familia.....	36
2.3.4 Causas que generan el abandono del Adulto Mayor	38
2.3.5 Adulto Mayor: Ingreso a la Tercera Edad.....	38
2.4 Hipótesis de la Investigación	40
2.4.1 Hipótesis General.....	40
2.4.2 Hipótesis Especifica.....	41
III METODOLOGIA...	42
3.1 Tipo y nivel de la Investigación	43
3.2 Diseño de la investigación.....	53
3.3 Población y Muestra.....	44
3.3.1 Población	44
3.3.2 Muestra	44

3.4	Definición operacional	45
3.4.1	Clima Social Familiar	45
3.4.2	Depresión	47
3.5	Técnicas e Instrumentos... ..	48
3.5.1	Técnicas... ..	48
3.5.2	Instrumentos.....	48
3.6	Plan de análisis	55
3.7	Principios éticos... ..	55
IV	RESULTADOS	56
4.1	Resultados	57
4.2	Análisis de resultados.....	63
4.3	Contrastación de Hipótesis... ..	65
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
5.1	Conclusiones.	67
5.2	Recomendaciones.....	68
	Referencias.....	69
	ANEXOS	71

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación existente entre el clima social familiar y depresión en adultos mayores. CAM - Piura, 2015	57
Tabla 2. Nivel de clima social familiar de adultos mayores. CAM –Piura, 2015.....	58
Tabla 3. Niveles de depresión en adultos mayores. CAM – Piura, 2015.....	59
Tabla 4. Relación entre la dimensión relaciones del clima social familiar y depresión en adultos mayores. CAM –Piura, 2015.....	60
Tabla 5. Relación entre la dimensión desarrollo del clima social familiar y depresión en adultos mayores. CAM–Piura, 2015.	61
Tabla 6. Relación existente entre la dimensión estabilidad del clima social familiar y depresión en adultos mayores. CAM –Piura, 2015.....	62

INDICE DE FIGURAS

- Figura 1.** Distribución porcentual del clima social Familiar de adultos mayores. CAM –Piura, 2015 58
- Figura 2.** Distribución porcentual de depresión en adultos mayores. CAM –Piura, 2015 59

I. INTRODUCCION

En la vida del adulto mayor, la familia cumple un rol primordial, definiendo a ésta como los agentes socializadores que permiten proveer condiciones y experiencias vitales que facilitan el óptimo desarrollo biopsicosocial de sus miembros. Una enfermedad clínica que está incrementándose en estos últimos tiempos es la depresión, considerada como un trastorno del estado de ánimo, en la cual los sentimientos de tristeza, melancolía y frustración interfieren en el existir diario durante extensos periodos, ya que si no es tratada en el momento adecuado las personas que la padecen puedan llegar al suicidio. Las personas adultas mayores pueden tener probabilidades de adquirir esta enfermedad, debido a sus estados emocionales que se encuentran resquebrajados.

El presente estudio tiene como finalidad determinar la relación entre clima social familiar y depresión en adultos mayores en el CAM – Piura, año 2015, utilizando una metodología, de tipo cuantitativa, con un nivel descriptivo – correlacional; Los instrumentos que se emplearon son: La escala de Clima social familiar FES de Moss y la escala de Automedición de Williams Zung y Zung, para medir la severidad de una depresión, creado por el Psicólogo Zung y Zung. Numerosos estudios llevados a cabo se interesan por conocer, qué factores influyen de modo determinante en la depresión de los adultos mayores. El estudio de estos determinantes frecuentemente surge como reactivo ante situaciones de cambio.

En general, diversos estudios que intentan explicar la depresión en adultos mayores lo hacen partiendo de las variables que aluden a elementos que intervienen en su entorno: determinantes familiares, determinantes amigos y determinantes personales. Schiefelbaum y Simmons (citados por Adell, 2002, p. 91) “consideran los antecedentes familiares como el determinante individual de mayor importancia y

peso en la depresión en adultos mayores Entre los factores familiares de mayor influencia destacan las variables de la clase social y la comunicación familiar”.

El trabajo se presenta estructurado y ordenado en: El capítulo I contiene la introducción de la Investigación, el planteamiento donde se expone la realidad problemática, la formulación de problema, los objetivos y justificación. El capítulo II contiene la Revisión Literaria, los antecedentes encontrados en base a la materia de estudio, las bases teóricas de ambas variables a estudiar y las Hipótesis. El capítulo III Metodología el cual nos indicará el tipo y nivel de la investigación, el diseño, población, muestra, criterios de inclusión y exclusión, la ficha técnica de los instrumentos, el procedimiento que vamos a seguir en la investigación y el plan de análisis. El capítulo IV Resultados de las variables aplicadas, el análisis de los resultados, contrastación de hipótesis. El capítulo V Presenta las conclusiones a las que se arribaron a partir del análisis de resultados, las recomendaciones, bibliografía y Anexos.

1.1 Planteamiento del Problema.

1.1.1 Caracterización del problema.

Los Centros del Adulto Mayor (CAM), son espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo. Este grupo formado por personas de 60 años hacia adelante, actualmente se encuentran ubicado en el la Urb. Angamos s/n, en el Centro Especializado de Rehabilitación Profesional (CERP), a cargo de especialistas, en el Adulto Mayor. Sin embargo no solo se debe trabajar el ámbito personal, laboral del adulto mayor, sino ahondar más allá, para conocer la problemática que les aqueja, ya que es el cambio de vida el que puede desencadenar una depresión situacional, si no se encuentra el principal pilar bien fortalecido que es la familia, es por eso que actualmente existen muchos problemas relacionados a la adaptación del ser humano a la sociedad, dichos problemas generalmente se desarrollan en el seno familiar, que en cuyo entorno se logra un desarrollo importante del ser humano, sobre todo en los primeros años de vida, porque a través de ésta se transmiten: cultura, valores, seguridad personal, creencias y costumbres de la sociedad, y dependiendo del tipo de transmisión que se realice en la familia, se establece el tipo de comportamiento social, que determinará en gran parte las actitudes y formas de afrontamiento que los individuos asumirán ante eventos futuros (Garanto, 1984; Frías & Mestre & Del Barrio, 1990).

Actualmente se ha demostrado la importancia de haber tenido un adecuado Clima Social Familiar desde la infancia, para que se determine el éxito o fracaso de una persona en la vida personal, familiar y social, por ser la familia el primer grupo social con quien tiene contacto el individuo y a partir de ella comenzar a percibir y a desenvolverse adecuadamente en los hechos sociales que cada vez son más complejos.

Para muchos expertos ningún factor es tan significativo para el adulto como el Clima Familiar. La familia tiene gran importancia en el contacto interpersonal, además tiene efectos en la motivación y las expectativas de éxitos en el futuro.

En el Perú el 79 % de los adultos mayores entre los 60 y 80 años han pensado en algún momento la posibilidad de suicidarse ya que consideran que su vida no tiene sentido y el 18 % tiene depresión, según se desprende de un estudio presentado por el Instituto Gestalt de Lima (2010).

Roos Morrey, R. (2007 & 2008), coordinador de la Estrategia de Salud Mental de la Diresa Piura, registró en la misma ciudad un total de 8 casos de suicidio de adultos mayores, que cayeron en un estado de depresión al no tener la capacidad para enfrentar los problemas que la sociedad genera; Así mismo recalcó que: “la persona deprimida se convierte en un potencial suicida, cuando entra en un estado de abandono y por consiguiente se torna agresivo, descuida su apariencia personal, tiene inclinación por el consumo de sustancias y se siente excluido de la sociedad” es necesario que las familias fomenten un clima de crecimiento adecuado para la persona”.

Por otro lado el clima familiar se define como la funcionalidad del hogar, que influye de manera decisiva en nuestra personalidad, formando valores que se observa a través de las interrelaciones que existen entre sus miembros, como punto clave para el desarrollo personal el cual se logra a través de la interacción adaptación y socialización. (La Cruz Romero, 1998) & (Alarcón y Urbina, 2001).

Según la OMS, la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio,

Especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

En el Centro del Adulto Mayor - Piura la mayoría de los participantes son de nivel socioeconómico y cultural medio además algunos de ellos presentan dificultades en relaciones familiares viven solos, presentan enfermedades crónicas, degenerativas en ocasiones sin recibir el apoyo de sus familiares, ante lo cual son propensos a manifestaciones de tristeza. Así mismo evidencian desmotivación y deficiente desarrollo de habilidades sociales. Por ello es de suma importancia conocer la forma cómo interactúan las familias de estos adultos mayores y cómo intervienen en su capacidad para afrontar sus nuevos conocimientos y experiencias. Teniendo en cuenta lo antes mencionado El presente estudio permitirá ser base futuras investigaciones locales siendo un aporte teórico del cual se puede crear un abordaje y plan de prevención.

1.1.2 Enunciado del problema

A partir de la situación problemática descrita, se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre Clima Social Familiar y Depresión en Adultos Mayores.

CAM- Piura, 2015?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

- Determinar la relación existente entre el clima social familiar y depresión en adultos mayores. CAM-Piura, 2015.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de clima social familiar de adultos mayores. CAM - Piura, 2015.
- Identificar los niveles de depresión en adultos mayores. CAM-Piura 2015.
- Identificar la relación entre la Dimensión Relaciones del Clima social familiar y Depresión en adultos mayores. CAM-Piura, 2015.
- Identificar la relación entre la Dimensión Desarrollo del Clima social familiar y depresión en adultos mayores. CAM-Piura, 2015.
- Identificar la relación existente entre la dimensión Estabilidad del clima social familiar y depresión en adultos mayores. CAM-Piura, 2015.

1.3 Justificación de la Investigación

Esta investigación es necesaria para dar a conocer la compleja realidad que presentan los adultos mayores del CAM-Piura; así mismo este estudio aportará a la comunidad en general respuestas a problemas sociales referente al adulto mayor, ya que estas personas son las más vulnerables por sus limitaciones propias de su edad y al mantener una dependencia con algún miembro de su familia a cargo de su cuidado

personal; por ende ésta se beneficiará, brindando los conocimientos oportunos para mejorar la convivencia en sus hogares y enfrentar en forma acertada el trastorno del estado de ánimo denominada depresión. Permitirá a la asociación de adultos mayores CAM conocer los factores tanto positivos y negativos que estén afectando su Clima social familiar, y si están siendo propensos a desencadenar Depresión. Esta investigación contribuirá como antecedentes en futuras investigaciones. La motivación para realizar la presente investigación, es conocer la relación existente entre el Clima Social Familiar y la Depresión en la Asociación del adulto mayor CAM - Piura durante el año 2015.

II. REVISION DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes a nivel Local o Regional

Pintado, D. (2013), El presente estudio correlacional tuvo como propósito establecer la relación entre las variables Clima Social Familiar y el nivel de Calidad de Vida en los adultos mayores del Hogar de ancianos “Luz, Vida y Amor” en la ciudad de Chulucanas y en el Asilo “Hermanitas de los ancianos Desamparados” de la ciudad de Piura. La muestra estuvo representada por una población de 118 un total de ambas instituciones, de la cual se seleccionó una población de 113 de adultos mayores. Para ello se utilizó y administró dos instrumentos: 1) La escala de clima social familiar (FES) de RH. Moos y E.J. Trickett y 2) El cuestionario SF36 - Calidad de Vida. Para el análisis de los datos se empleó las técnicas de análisis estadístico descriptivo, encontrándose que en su mayoría los adultos mayores se encuentran dentro de un clima social familiar con un nivel Medio. Asimismo, en cuanto a su calidad de vida se encuentra con un nivel Regular, lo cual indica que no existe relación significativa en ambas variables. Al aplicar la prueba exacta de Fisher, se concluyó que no existe una relación significativa entre el Clima Social Familiar y el nivel de Calidad de Vida de los adultos mayores con una significancia de ($p > 0,05$).

Ibáñez, M. (2014), La presente investigación se realizó con la finalidad de determinar la relación existente entre el clima Social Familiar y la Depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de la Provincia de Piura – 2014. El estudio fue de tipo Descriptivo-Correlacional. La muestra estuvo conformada por 100 Adultos mayores. El tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple, utilizando el criterio de inclusión y exclusión. Se utilizó la escala del clima social familiar de Moos y la Escala de Depresión de Zung. Los datos fueron analizados mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Entre los resultados se encontró que si existe relación

estadísticamente significativa entre las variables en mención. Asimismo, se encuentra correlación significativa entre la dimensión de estabilidad de clima social familiar y la depresión, Sin embargo al realizar el análisis entre la dimensión de relación y la dimensión de desarrollo con la depresión no se evidencia que existe relación estadísticamente significativa. Llegando a la conclusión de que el clima social familiar influye en la depresión.

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

2.1.2. Antecedentes a nivel Nacional

Pereyra, K. (2012), desarrolló una investigación titulada “Depresión y auto cuidado en el adulto mayor en el puesto de salud Miraflores Alto Chimbote 2006”. La muestra fue adultos mayores de 60 años, en los resultados se Llegó a la conclusión que la distribución de los adultos mayores de 60 años según el nivel de depresión del total de evaluados, el 50% reporta que no presenta depresión, el 42.86% una depresión leve y solamente el 7.14% de dichos adultos manifiestan depresión moderada. Se observa la distribución de los adultos mayores de 60 años a nivel de autocuidado regular y solo el 2.86% un autocuidado deficiente. Existe relación significativa entre el nivel de Depresión, y el nivel de autocuidado,($P < 0.01$) lo que indica que a medida que aumenta el nivel de depresión tiende a disminuir el nivel de autocuidado. La metodología empleada Cuantitativa – Correlacional

Nieto L., Carmen & Bach. Prada, Ángela (2012), realizó una investigación en la ciudad de Chiclayo en el 2012 sobre el proceso de adaptación de los adultos mayores al ingreso en el asilo de ancianos, esta investigación tuvo como objetivos describir, analizar y comprender el proceso de adaptación. Siendo una investigación de tipo e cualitativo con abordaje metodológico de estudio de caso, los sujetos de investigación fueron 8 adultos mayores, con dos años de antigüedad como mínimo en el asilo. La teoría de Callista Roy apoyó esta investigación. El instrumento de recolección de datos fue la entrevista abierta a profundidad, la cual fue utilizada para el análisis el temático. Los criterios de rigor científico que se tuvieron en cuenta para la realización de la investigación fueron la credibilidad, la confidencialidad y la transferibilidad y los siguientes criterios de científicidad: credibilidad, confidencialidad y transferibilidad. La adaptación es el proceso y resultado por el que la persona tiene la capacidad de pensar y de sentir. Los asilos son instituciones de asistencia donde son alojadas algunas personas de edad avanzada, aparentemente no tienen otra finalidad que el agrupamiento, la reclusión y una supervisión. Se han obtenido las siguientes categorías; motivo de ingreso al asilo: el estímulo focal, problemas frecuentes al ingreso, modos que prevalecen en el proceso de adaptación y anhelo de regreso al hogar. La investigación tuvo como resultado lo siguiente; los adultos mayores que viven en el asilo se logran adaptar progresivamente a este nuevo hogar, debido a que los estímulos que motivaron su ingreso fueron en mejora de calidad de vida, así ellos emplean modos de adaptación eficaces poniendo en práctica esfuerzos cognitivos y conductuales para dicha adaptación, así mismo tratan de adaptarse a los cambios que se enfrentan en dicha institución, así mismo manifiestan que cambiarían todo por estar al lado de su familia.

Ortiz, L. (2015), Estudio cuantitativo cuyo objetivo fue describir el Clima Social Familiar de 30 adultos mayores con diagnóstico de depresión del Centro del Adulto Mayor

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

Maldonado, G. y Mendiola, I. (2013), investigó sobre “la autopercepción de la calidad de vida y Familia Social en adultos mayores” 2013, requipa. Un estudio descriptivo, transversal, la población de estudio estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 a 94 años de edad; el instrumento que se utilizó para valorar la variable CV, es el Instrumento MGI Calidad de Vida” construido y validado en Cuba, cuyos resultados: En los niveles de CV en los adultos mayores, se encontró el mayor porcentaje en el nivel “bajo” con 36,7%, seguido del nivel “medio” de calidad de vida con 33,3% y los valores inferiores correspondieron a los niveles “muy bajo” y “alto” con 20,0% y 10,0%.

2.1.3 Antecedentes a Nivel Internacional.

Morante, P. & Anderson, I. (2012); investigó sobre “Adultos Mayores, y su calidad de Vida”. Conformada por 30 adultos mayores de 60 a 94 años de edad; este es un estudio descriptivo de corte trasversal los instrumento que se han utilizó para valorar la variable Calidad de vida, los resultados fueron: el mayor porcentaje en el nivel “bajo” con 26,2%,

seguido del nivel “medio” de calidad de vida con 23,3% y los valores inferiores correspondieron a los niveles “muy bajo” y “alto” con 40,0% y 9,0%.

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

Guadarrama, E. (2014) condujo un estudio con la finalidad de identificar las condiciones familiares asociadas a la depresión en los adultos mayores que consultan los servicios de salud de la Unidad de Medicina Familiar en Toluca, México. En dicho estudio participaron 100 pacientes mayores de 60 años. El estudio concluye que la mayoría de los adultos mayores con depresión presentan la siguientes condiciones predisponentes: no

escolaridad, viudez, pertenecer a una familia de tipo extensa, pertenecer a una familia moderadamente funcional, tener entre 76-80 años de edad, ser jubilado y vivir sólo.

Torres, C. (2013) realizó un estudio para determinar la relación entre la depresión y la percepción de la funcionalidad familiar en los adultos mayores que acuden a la consulta externa del Hospital I Moche – ESSALUD, presenta algún grado de depresión y el 50 % percibía a su familia como disfuncional.

Patiño, L. (2012) en su estudio para determinar la frecuencia de depresión y la relación con algunos aspectos Familiares, demográficos en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005 llegó a las siguientes conclusiones: Una gran proporción viven con sus cónyuges e hijos (31%) y que uno de cada 10 jubilados vive solo. 1 de cada 4 personas sufrió la muerte de un familiar o amigo en algún período de la vida sin que se haya superado. Respecto a los niveles de depresión se encontró un 94% en normal, moderado 4% y severo 2%, determinándose una depresión del 6% para el grupo de jubilados estudiados. La depresión se presentó más en las mujeres que en los hombres con una diferencia de 5 a 1. A su vez la depresión se presentó principalmente en los jubilados más jóvenes, coincidiendo con los primeros años de jubilación.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Clima Social Familiar

2.2.1.1. Definiciones

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

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

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

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

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

2.2.1.2 Componentes del Clima Social Familiar

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

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

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

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

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

2) Desarrollo: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos Procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Conformado por las siguientes áreas:

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

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

Área Intelectual- Cultural: Es el grado de interés en las actividades de tipo político intelectuales, culturales y sociales Área Social-Recreativo: Mide el grado de participación en diversas actividades de esparcimiento.

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

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

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

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

2.2.1.3 Características del Clima Social Familiar

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

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

- Deben mostrar tranquilidad y estabilidad con su comportamiento hacia el niño.
- Los hijos deben siempre respetar a sus padres.
- La madre debe tener una autoridad bien establecida no mostrarse ansiosa.
- No proteger a los hijos de manera excesiva, no permitir la crisis económica aguda recaigan en las familias, no hay conflictos graves entre los padres y si los hubiera esto no los exponen delante de los hijos.

2.2.1.4 Funciones de la Familia

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

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

Enmarcar, dirigir y analizar los impulsos del niño con miras a que se llegue a ser individuo integrado, maduro y estable. Enseñarle los roles básicos, así como el valor de las instituciones sociales y los modos de comportarse propios de la sociedad en que vive, constituyéndose en el sistema social primario.

2.2.1.5 Tipos de Familia

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

- La familia nuclear o elemental:** es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- La familia extensa o consanguínea:** se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de

una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple. Generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

d) La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los Padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia Dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

e) La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

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

2.2.1.6 Influencia del Clima Familiar

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

adecuado y feliz de sus miembros y un clima negativo con modelos inadecuados favorece conductas desadaptadas que muestran carencias afectivas importantes.

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

2.2.1.7. Interacción familiar y depresión del adulto mayor

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 **auto cuidado** 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. En algunos casos, sobre todo en ante trastornos con

tendencia a la cronicidad, las familias pueden obtener ayuda en Asociaciones de Familiares de Enfermos o en grupos de ayuda mutua.

2.2.2 Depresión

2.2.2.1. Historia de la Depresión

Conocida en sus inicios con el nombre de melancolía (del griego clásico μέλας „negro“ y χολή „bilis“), la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen del término se encuentra en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725, cuando el británico Richard Blackmore bautiza el cuadro con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y sus tratamientos alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.) pero, con el advenimiento de la controversia de la biopsiquiatría y el despegue de la psicofarmacología, pasa a ser descrita como acaso una enfermedad más. Su alta prevalencia y su relación con la esfera emocional la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico e incluso en bandera de movimientos culturales como el romanticismo.

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

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

Estudios y estadísticas parecen coincidir en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, aunque no son pocos los trabajos que cuestionan esta asimétrica

incidencia: existen estudios que indican que la depresión en el hombre es mucho menos admitida y su sintomatología reporta de manera diferente.

Algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes.

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

2.2.2.2 Definiciones

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

Es una tristeza sin razón aparente que la justifiquen, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

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

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

Sánchez (1993), manifiesta que la depresión es un desajuste emocional caracterizado por un estado de disposición psíquica, de humor triste y esencialmente sobrio; dificultad para pensar, con retardo psicomotor, angustia, agitación y trastornos somáticos diversos, sobre todo del sueño y el apetito.

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

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

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

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

Zea, C. (2002), sostiene que es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorios del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de

gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

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

2.2.2.3. Depresión en el Adulto Mayor

El sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor honorabilidad y mortalidad. Otro motivo por el cual pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología.

El suicidio tiene mayor riesgo entre los varones mayores de 80 años de edad y es mayor aún entre aquéllos que cursan con depresión psicótica, alcoholismo comórbido, abuso de sedantes-hipnóticos, discapacidad, o bien, pérdida reciente o duelo. El tratamiento oportuno y adecuado ha demostrado, reducir el Riesgo de suicidio. La mayoría de los adultos mayores deprimidos, cuando son diagnosticados y tratados por médicos de primer contacto recibe dosis sub óptimas de medicación.

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

Estados de duelo y de tristeza, podrían sugerir patología depresiva. En ambos el humor es triste, con tendencia al pesimismo y a la desesperanza, pero se impone el diagnóstico

diferencial en estos casos. La depresión se acompaña de un sentimiento profundo de futilidad e incapacidad para experimentar placer. Las personas que sufren depresión tienen un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos de la emoción y el comportamiento. Las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) están afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje, y la sexualidad.

La gravedad de la depresión varía ampliamente desde un retardo leve en el pensamiento y en general en las funciones cognoscitivas, hasta la presencia de Síntomas psicóticos graves con autorreproches, ideas delirantes de contenido depresivo y alucinaciones.

Características de la depresión según el sexo

• La depresión en la mujer

Blehar MD, Oren DA. Diferencias en la depresión. (1997) La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto.

El apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. El tratamiento devuelve la capacidad para cuidar y disfrutar el niño.

- **La Depresión en el hombre**

El hombre tiende a ser más reacio para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer.

Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante. Algunas compañías ofrecen programas de salud mental para sus empleados. Estos pueden ser de gran ayuda para el hombre. Es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento.

2.2.2.4 Tipos de Depresión

2.2.2.4.1 Depresión Mayor

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

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

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

- ✓ Pérdida o aumento significativo de peso.
- ✓ Alteraciones del sueño.
- ✓ Movimientos lentos o inquietud.
- ✓ Fatiga o falta de energía.
- ✓ Baja autoestima o sentimientos de culpa inapropiados.
- ✓ Sentimientos de inutilidad o culpa.
- ✓ Sentimientos de impotencia o desesperanza.
- ✓ Dificultad para pensar o concentrarse.
- ✓ Pérdida de deseo sexual.
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

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

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

2.2.2.4.2 Distimia

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

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

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

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

Algunas personas con distimia recuerdan haber tenido sentimientos de depresión en la infancia o adolescencia. Algunas desarrollan distimia después de los 50 años de edad, muchas veces después de una enfermedad. Por lo menos 75% de los individuos con distimia tienen otros problemas de salud.

2.2.2.4.3 Trastorno de Adaptación

Los trastornos de adaptación preceden a menudo a la depresión mayor. Por lo regular después de una pérdida, o evento muy estresante es perfectamente comprensible sentirse tenso, triste, abrumado o enojado. De modo eventual, la mayoría de la gente se adapta a las consecuencias de estos factores estresantes de la vida, pero algunas no. Esto es lo que

se conoce como trastorno de adaptación, cuando la respuesta a un evento o situación estresante causa signos y síntomas de depresión, pero éstos no son lo suficientemente intensos como para cumplir los criterios de depresión mayor.

Los médicos utilizan los siguientes criterios para diagnosticar un trastorno de adaptación: Síntomas emocionales o de comportamiento en respuesta a un evento identificable que ha ocurrido en los últimos tres meses.

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

2.2.2.4.5. Trastornos Bipolares

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

Los signos y síntomas de la manía incluyen:

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

- Abuso del alcohol o las drogas.

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

2.2.2.4.6. Otras Dimensiones de la Depresión

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

Depresión Leve o Seria:

La depresión mayor puede oscilar entre leve y seria. La depresión leve implica síntomas que no son tan intensos y que interfieren mínimamente en la vida diaria y en las relaciones. La depresión moderada incluye síntomas más intensos y más alteraciones en el trabajo, escuela, familia y relaciones. La depresión seria implica un gran número de síntomas depresivos y una interferencia significativa en las actividades diarias. En casos extremos, la gente con depresión seria puede no ser capaz de trabajar o de cuidarse a sí misma (Gasto, Vallejo y Menchón, 1993).

Depresión Suicida

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

Depresión Aguda o Crónica

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

Depresión Recurrente:

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

Diagnóstico de la Depresión:

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba.

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

Actualmente tienen competencias en este diagnóstico los psiquiatras (licenciados en medicina, especializados en psiquiatría), psicólogos clínicos (licenciado o grado en psicología, especializado en psicología clínica) y en España, según el sistema universitario previo a los grados, también tienen competencias en ello los licenciados en psicología. Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton.

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

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

2.3. Adulto Mayor

Adulto Mayor Hernández A. (2006) da su aporte en cuanto al término de Adulto mayor comparándolo con anciano, vejez, tercera edad, senectud, etc., tienen muchas similitudes; pero no son iguales. Por ejemplo: Anciano proviene del latín anzi (anterior); Vejez o viejo del latín vulgar vetelus y del latín clásico vetus- veteris (viejo o de cierta edad) y de acuerdo al Dr. Bize la Vejez es posterior a la tercera edad, a partir de los 84 años de edad; Senectud, senex-senis, senior-oris (sustantivo señor, viejos más respetables).

-Según la Asamblea Mundial la edad cronológica del Adulto Mayor es de 60 años en adelante, en donde se establece plenamente el proceso fisiológico del envejecimiento. Sin embargo la Organización Panamericana de la Salud ajustó la tercera edad a los 65 años y más.

- Hernández A.(2006).Uno de los sinónimos más amplios es Senectud, ya que se divide en: Senectud joven (60-69años), en donde los cambios físicos y sociales son radicales, ya que se presenta la jubilación y la inactividad, Senectud Intermedia (70- 79años), se pierden las capacidades y las enfermedades son más frecuentes y disminuye la actividad sexual, se socializa menos, ya que los iguales empiezan a estar más cerca de la muerte,

Senectos viejos (80-89años), es cuando se comienzan a vivir de los recuerdos y del apoyo de la familia joven, Senectos ancianos (90- 99años), es difícil dar algún concepto de esta etapa ya que es poco frecuente que alguien llegue a esta etapa.

Corbera (2007), refiere que la tercera edad se considera como el último periodo de la vida ordinaria del hombre. - De hecho, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha considerado como persona de la tercera edad a toda persona mayor de 60 años, considera que es muy importante velar por ellos, cuidarlos y tratar de darles cuantas facilidades sean posibles para que lleguen a una vejez digna, sin discriminación y puedan adaptarse integralmente a la sociedad y que, a pesar de su edad, sigan siendo útiles hasta donde sus fuerzas y capacidad les permitan. A lo largo de la vida de las personas puede haber diferentes capacidades o formas de vida que lleven a desgastarse o a perder sus facultades físicas unos antes que otros.

Donoso (2007) refiere que para describir la etapa de la adultez tardía, podemos considerar varios tipos de edades, descritas mediante:

Edad Cronológica. La edad cronológica por lo general se conoce como el tiempo transcurrido desde que la persona nace hasta el tiempo que ha vivido, de acuerdo al uso establecido, es decir, medido por años. La edad biológica tiene qué ver con la salud, en qué condiciones se encuentra el organismo biológicamente hablando, debido al uso que se le ha dado durante toda la vida. Hay personas que tuvieron una buena alimentación, hicieron ejercicio regularmente, tuvieron todas las condiciones de vida digna básicas y necesarias, durante su vida se cuidaron y llegaron a los 60 o 70 años en buenas condiciones físicas, que les permiten enfrentar la vida de manera distinta a las personas que tienen problemas porque fumaban o porque nunca hicieron ejercicio o tuvieron un accidente.

Edad Funcional. También existe la edad funcional, es decir, la capacidad del ser humano de mantener los roles personales y sociales dentro de la comunidad. Donoso (2007), plantea que puede haber personas completamente sanas pero que por alguna razón no pueden desarrollar el rol que normalmente se esperaría de ellos, es decir, tienen problemas de integración social, son muy cerrados, tal vez antisociales, etc. Son aspectos que hay que considerar para entender esta definición de la tercera edad.

2.3.1. Familia y Adulto Mayor

Cabrera (2007) propone que en una familia con adultos mayores es una auténtica escuela de relaciones intergeneracionales. La figura del adulto mayor como factor de integración de la familia y principal educador/entretenedor se mantiene. El contacto directo de los abuelos con los jóvenes modifica de forma drástica sus percepciones de la vejez potenciando las imágenes positivas de la misma, de la abuelidad, dando un aire de nostalgia a su falta. El valor de los ancianos se basa en la complementariedad respecto a la figura de los padres. De hecho los abuelos constituyen la parte agradable de la educación de los nietos junto a la imagen de la tradición y la metáfora de la vida. Curiosamente la velocidad de los cambios en el conocimiento y la tecnología han permitido el fenómeno, que se ha denominado de la transmisión inversa del conocimiento (transmisión de hijos a padres), que lejos de ser negativo, permite al adulto mayor amortiguar los impactos que dichos cambios van produciendo en la vida diaria. A la vez, el anciano actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia y también como nexo de unión y reflexión entre generaciones.

2.3.2. Rol del Adulto Mayor en la Familia

Muchos adultos mayores sienten que con el pasar de los años su papel al interior de la familia pasa a un segundo plano, lo que hace que se sientan aislados o que son una “carga” para quienes los cuidan, llegando al punto de irse a una casa de acogida o quedar en el completo abandono. Del mismo modo la familia se ha tomado como un enfoque sistémico, caracterizándola por un grupo de personas, definido por una relación de pareja lo suficientemente duradera como para asegurar la protección y crianza de los hijos, este esclarecimiento primordial es para asegurar protección y seguridad de cada uno de sus miembros de la familia. Sin embargo, no siempre la familia cubre estas necesidades, en el caso del adulto mayor las relaciones fundamentales que establece dentro de la familia son muchas veces insatisfechas o más conflictivas, bien sea con su pareja, con los hijos o con los nietos. Las familias con uno o más miembros adultos mayores tienen un ciclo vital familiar muy particular. El paso de los años cambia el papel del adulto mayor dentro de la familia, en muchos casos los roles de guía y orientadores pasan a ser desempeñados por los hijos y ellos quienes años atrás fueron los protagonistas pasan a ser “dependientes” de sus hijos. Una dependencia que ocasiona conflictos cuando no está bien resuelta. Sin duda, el tema económico y social también genera desestabilización, la exigencia de quedarse al cuidado de la casa, o de algún miembro de menor edad cuando todos los demás tienen obligaciones externas que cumplir. Para ello es imprescindible que los adultos mayores expresen su sabiduría, ganada por los años y las experiencias vividas, a cada uno de los miembros de una familia, eso sí, sin intervenir en los roles que cada uno tiene al interior de ésta.

La extensa experiencia y conocimiento de los adultos mayores ayudará a la formación de valores, tanto a sus hijos como a sus nietos. Los adultos mayores son una pieza fundamental dentro de la familia, ya que tienen la experiencia, la sensatez, el criterio y el

amor para ayudar en la educación de los nietos. También podemos describir que el adulto mayor ha perdido su lugar central en las sociedades modernas, perdiéndose dentro del ámbito familiar, descartando que son una gran fuente de conocimientos adquiridos a partir de sus experiencias. El factor familia es también clave para el Adulto Mayor .vivir con los parientes es, en términos generales, recomendable; seguir ligado a su familia lo fortalece emocional y afectivamente. El clima afectivo es el espacio, el “calor de hogar”, siendo la familia un lugar para sentirse querido. Sin embargo la pérdida de ésta, es visible que como fuente de apoyo y afecto es irremplazable, teniendo en cuenta que nos hallamos en una sociedad que no está preparada aún para aceptar la vejez como una consecuencia natural de la vida misma.

Entrar a una edad avanzada, lleva obligatoriamente el mensaje de “no apto para ciertas cosas”, incluida la de las oportunidades laborales, porque aparentemente ya son “viejos”. La ignorancia colectiva hace pensar que una persona de edad avanzada representa una imposición de responsabilidad o “hacerse cargo” de ellos. Sin embargo, hoy existen esfuerzos para modificar la percepción de vejez y el aporte de los adultos mayores en el desarrollo de la sociedad. El envejecimiento es el fruto final de una buena calidad de vida, en la que se ha satisfecho las necesidades fundamentales, se han alcanzado los intereses y expectativas propuestos a lo largo de cada etapa vital.

2.3.3. El abandono del adulto mayor por parte de la familia

Como se ha comentado anteriormente, la desaparición de la familia extensa tradicional ha dado paso a un equivalente, la familia extensa modificada, que viene a confirmar la fuerza de la necesidad que tienen entre si las tres generaciones (o más dada la longevidad que se alcanza actualmente) que la constituyen y puede verse incrementada. La familia sigue siendo el principal soporte social del adulto mayor. La mayoría de los ancianos viven en sus propios domicilios, situación que mantienen, salvo que condiciones de salud o

económicas les obliguen a abandonarla. El abandono que sufre el adulto mayor es una realidad que se vive a diario, son varias las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar. El adulto mayor es afectado en un principio con un abandono social familiar, es decir, se rompe la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento desplazando al sujeto a un margen del olvido que es una persona y no un objeto que sirve para decorar el hogar.

2.3.4. Causas que generan el abandono de adulto mayor

Hernández, (2003) manifiesta que el abandono es una falta de responsabilidad parental y social, que ocasiona una omisión ante las necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los familiares. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, entre otras omisiones graves. Existen muchos factores que pueden ocasionar el abandono del adulto mayor. Las condiciones de pobreza o de hacinamiento, relaciones afectivas y la misma forma de percibirlo. Las siguientes son posibles causas y condiciones que pueden incrementar el riesgo del abandono del adulto mayor: La edad, la enfermedad, la soledad y las condiciones económicas condicionan que muchos ancianos abandonen la vida en su propio domicilio. Esta situación se da menos entre las mujeres que viven solas más tiempo, aunque precisen ayuda ocasional para tareas pesadas. El número de adultas mayores que viven solas es proporcionalmente muy superior, aspecto que también se puede ver condicionado por su mayor longevidad y el hecho de que se suelen casar con hombres de mayor edad. A medida que la red familiar es más débil, el riesgo de institucionalización aumenta especialmente con la edad y la enfermedad. En nuestra sociedad el porcentaje de ancianos residentes en instituciones es reducido (alrededor del 10%), sin duda condicionado por la fortaleza de las relaciones familiares.

2.3.5 El Adulto Mayor: Ingreso a la Tercera Edad

a) La edad cronológica

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

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

b) La edad física

Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones.

Se recomienda mantener un cuidado del cuerpo acudiendo a revisión médica de manera preventiva y permanecer activos durante el mayor tiempo posible.

c) La edad psicológica

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

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

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

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

d) La edad social

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

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

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

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

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

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

2.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1 Hipótesis General

Existe relación significativa entre el Clima Social Familiar y Depresión en Adultos Mayores . CAM- Piura, 2015.

2.3.2 Hipótesis Específicas

- Existe un bajo nivel de clima social familiar de los adultos mayores . CAM –Piura, 2015.
- Existe un nivel de Depresión Situacional en los adultos mayores. CAM-Piura, 2015.
- Existe relación significativa entre la dimensión relaciones del clima social familiar y depresión en los adultos mayores. CAM-Piura, 2015.
- Existe relación significativa entre la dimensión desarrollo del clima social familiar y depresión en los adultos mayores. CAM-Piura, 2015.
- Existe relación significativa entre la dimensión estabilidad del clima social familiar y depresión en los adultos mayores. CAM-Piura, 2015.

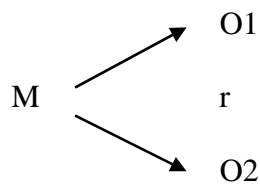
III. METODOLOGIA

3.1 Tipo y nivel de la investigación

El presente estudio pertenece al tipo cuantitativo, permitiendo examinar los datos de una manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística. En cuanto al nivel de Investigación éste será Descriptivo Correlacional entre el Clima Social Familiar y los niveles de Depresión en los adultos mayores. CAM- Piura en el 2015.

3.2 Diseño de la investigación

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



Dónde:

Muestra

Clima Social Familiar

Depresión

Relación entre las dos Variables

M: muestra adulto mayor del CAM.

O_x: Medición de Clima Social Familiar

O_y: Depresión

r: Relación entre las dos Variables

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

La población estuvo conformada por todos los adultos mayores del CAM-Piura.

3.3.2 Muestra

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

Criterios de Inclusión:

- ✓ Adultos mayores que asisten al CAM-Piura, permanentemente.
- ✓ Adultos que se encuentran registrados en el padrón de inscritos.
- ✓ Adultos que asistieron el día de la evaluación.
- ✓ Adultos que contesten a las pruebas aplicadas de manera adecuada.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Adultos mayores inscritos formalmente, pero que dejaron de asistir por problemas personales.
- ✓ Adultos que no contestaron a la totalidad de las pruebas psicológicas.
- ✓ Adultos que no se encuentran registrados en el padrón de inscripción.
- ✓ Adultos que faltaron el día de la evaluación.

3.4.- Definición Operacional

3.4.1 Clima social familiar

Definición Conceptual (D.C): Entendido como la percepción que se tiene del ambiente familiar, producto de las interacciones entre los miembros del grupo familiar, en el que se considera la comunicación, la libre expresión, la interacción Conflictiva que la caracteriza, la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, la organización familiar y el control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros.

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

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

De acuerdo a los puntajes alcanzados en el instrumento, se establecieron

las siguientes categorías:

Puntajes

Muy buena : 59 a +
Buena : 55 a 58
Media : 48 a 52
Mala : 41 a 45
Muy mala : 40 a –

3.4.2 Depresión

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

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

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

INDICE EAMD INTERPRETACIÓN

Menos de 40 Dentro de los límites normales

No hay Depresión presente.

De 41 – 60 Desorden Emocional.

De 61 – 70 Depresión Situacional

De 71 o másDepresión Ambulatoria (Tratamiento).

3.5. Técnicas e Instrumentos

3.5.1 Técnicas: Cuestionarios

3.5.2 Instrumentos: El instrumento a utilizar será:

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

3.5.2.1 Escala de Clima Social Familiar FES

Ficha Técnica

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

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

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

Confiabilidad:

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

3.5.2.2 ESCALA DE AUTO MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN

(EAMD)

Ficha Técnica

AUTOR: William Zung y Zung.

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

Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores:

Factor depresivo

Factor biológico

Factor psicológico

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

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

El marco de referencia temporal es el momento actual.

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

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

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

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

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

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

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

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

Forma de Evaluación:

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

Calificación del Instrumento:

Par obtener la calificación del instrumento, se coloca la hoja de respuestas bajo la guía de puntuación y se escribe el valor de cada

respuesta en la columna de la derecha y la suma de todas ellas al pie de la página.

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

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

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

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

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

NIVELES DE DEPRESIÓN QUE CONSIDERA EL

INSTRUMENTO

INDICE EAMD INTERPRETACIÓN

Menos de 40Dentro de los límites normales

No hay Depresión presente.

De 41 – 60Desorden Emocional.

De 61 – 70Depresión Situacional

De 71 o más Depresión Ambulatoria (Tratamiento).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

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

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

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

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

3.6 Plan de Análisis.

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

3.7 Principios Éticos.

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

IV RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Tabla 1.

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

		Depresión
Clima Social Familiar	Correlación de Pearson	,335**
	Sig. (bilateral)	,001
	N	100

Fuente: escala de clima social familiar (fes) y cuestionario de depresión de Zung y Zung
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 1. Se observa que si existe relación estadísticamente significativa entre el Clima Social Familiar y La Depresión en el Adulto Mayor. CAM-Piura, 2015.

Tabla 2.

Nivel del clima social familiar en adultos mayores. CAM - Piura, 2015.

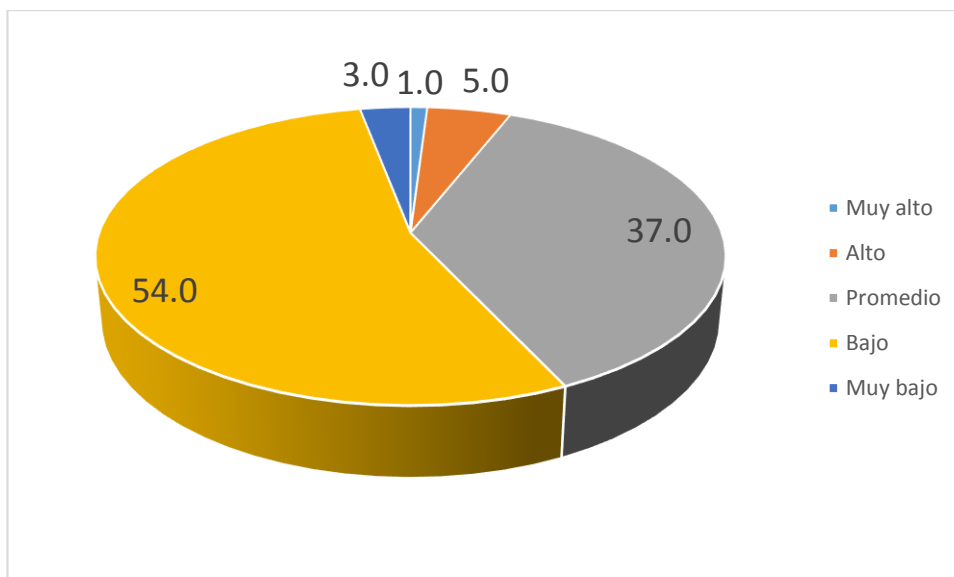
Niveles	f	%
Muy alto	1	1.0
Alto	5	5.0
Promedio	37	37.0
Bajo	54	54.0
Muy bajo	3	3.0
Total	100	100.0

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2 se observa que la mayoría 57% de los adultos mayores se ubican en los niveles bajos, el 37% en el nivel promedio y el 6% en los niveles altos del clima social familiar.

Figura 1.

Nivel de clima social familiar en adultos mayores. CAM-Piura, 2015.



Fuente: tabla 2.

Tabla 3.

Niveles de depresión en adultos mayores. CAM-Piura, 2015.

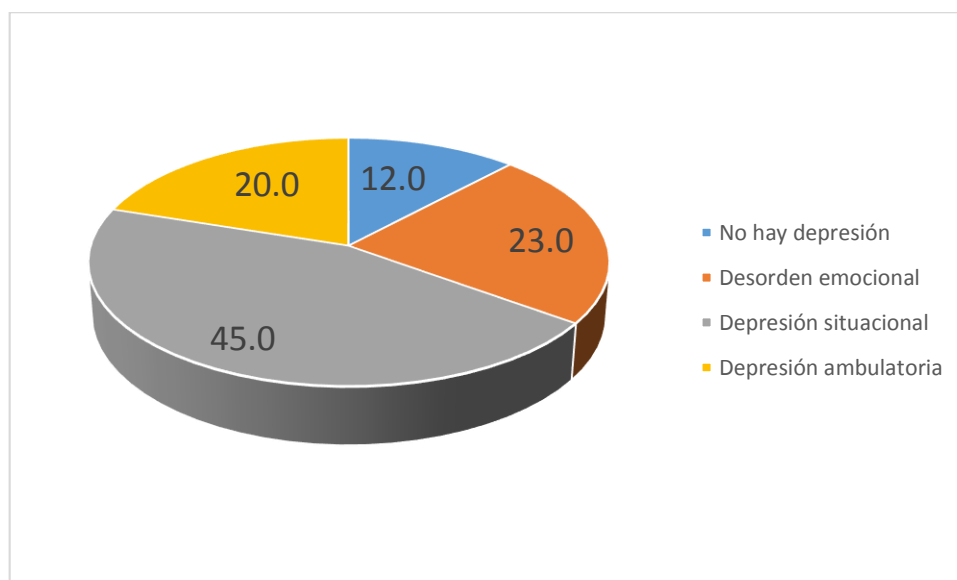
Categoría	f	%
No hay depresión	12	12.0
Desorden emocional	23	23.0
Depresión situacional	45	45.0
Depresión ambulatoria	20	20.0
Total	100	100.0

Fuente: Escala de Depresión de Zung y Zung.

En la tabla 3 se observa que 45 % de los adultos mayores tienen depresión situacional, el 23% algún desorden emocional, el 20% depresión ambulatoria y el 12 % no tiene depresión.

Tabla 3.

Niveles de depresión en adultos mayores. CAM-Piura, 2015.



Fuente: tabla 3.

Tabla 4.

Relación entre la dimensión relaciones del clima social familiar y depresión en los adultos mayores. CAM-Piura, 2015.

		Depresión
Dimensión	Correlación de Pearson	,219**
Relaciones	Sig. (bilateral)	,008
	N	100

Fuente: Escala de clima social familiar (fes) y Inventario de Depresión de Zung y Zung

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

Tabla 4. Se observa que existe relación estadísticamente significativa entre la Dimensión de Relaciones del Clima Social Familiar y La Depresión en los adultos mayores del CAM-Piura, 2015.

Tabla 5.

Relación entre la dimensión desarrollo del clima social familiar y el nivel de depresión en los adultos mayores. CAM-Piura, 2015.

		Depresión
Dimensión	Correlación de Pearson	,125*
Desarrollo	Sig. (bilateral)	,004
	N	100

Fuente: Escala de clima social familiar (fes) y cuestionario de depresión de Zung y Zung

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 5. Se observa existe relación estadísticamente significativa entre la Dimensión de Desarrollo del Clima Social Familiar y La Depresión y el nivel de depresión en los adultos mayores del CAM-Piura, 2015.

Tabla 6.

Relación entre la dimensión estabilidad del clima social familiar y el nivel de depresión en los adultos mayores. CAM-Piura, 2015.

		Depresión
Dimensión estabilidad	Correlación de Pearson	,155
	Sig. (bilateral)	,247
	N	100

Fuente: escala de clima social familiar (fes) y cuestionario de depresión de Zung y Zung

Tabla 6. Se observa que no existe relación estadísticamente significativa entre la Dimensión de Estabilidad del Clima Social Familiar y La Depresión en los adultos mayores del CAM-Piura, 2015.

4.2 ANÁLISIS DE RESULTADO

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación existente entre el clima social familiar y la Depresión del adulto mayor del CAM-PIURA, 2015, habiéndose obtenido como resultado que si existe relación entre las variables en mención, lo que se concluye que son variables dependientes, es por eso que lo que se define como Clima Social Familiar a la apreciación de las características socio ambientales de la familia, la misma que es descrita en función de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, los aspectos del desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica influirá en lo que define Zung y Zung a la depresión como la alteración de la capacidad afectiva, y no solo es la tristeza sino también, la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean.

Cuyos resultados se han visto similares en la investigación de Ibáñez, Maribel (2015) entre los resultados se encontró que si existe relación estadísticamente significativa entre las variables mencionadas. Llegando a la conclusión de que Clima Social Familiar influye en la depresión.

Al analizar las categorías de clima social familiar existentes se encuentran que el Adulto Mayor asistentes al CAM, obtiene el 54% un Clima Social Familiar Bajo.

Asimismo, se evidencia que el Adulto Mayor, presentan Depresión situacional, Lo que significa que la depresión desencadenada por situaciones negativas.

En base a los objetivos específicos de nivel correlacional, encontramos así que existe relación entre las dimensiones Relaciones y Desarrollo del Clima Social Familiar y Depresión en el CAM.

Es así que lo que se entiende o define como Dimensión Relaciones al grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción

conflictiva que la caracteriza y como Dimensión Desarrollo a la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común, influirá en la depresión en lo que define Zung y Zung a la depresión como la alteración de la capacidad afectiva, y no solo es la tristeza sino también, la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean, en la población del Adulto Mayor CAM.

Por otro lado, no se encontró relación entre la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y Depresión en el Adulto Mayor del CAM – PIURA, año 2015, es así que lo se define a la dimensión Estabilidad como la estructura y la organización de la familia y sobre el grado de control que unos miembros de la familia ejercen sobre otros, no influirá de manera directa en el desarrollo de la depresión.

4.3 Contrastación de Hipótesis

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

Hipótesis General:

H1: Existe relación significativa entre el Clima Social Familiar y Depresión en el Adulto Mayor. CAM – Piura, 2015

Hipótesis Específicas

H2: En el Adulto Mayor .CAM – Piura, 2015, se ubican en un nivel Bajo de clima social familiar.

H3: el Adulto Mayor. CAM – Piura, 2015, se ubican en un nivel de Depresión Situacional.

H4: Existe relación significativa entre la Dimensión de Relaciones del Clima Social Familiar y Depresión en el Adulto Mayor . CAM – Piura, 2015.

H5: Existe relación significativa entre la Dimensión de Desarrollo del Clima Social Familiar y Depresión en el Adulto Mayor . CAM – Piura, 2015.

Se rechazan:

Hipótesis Específicas Correlacionales:

H6: Existe relación significativa entre la Dimensión de Estabilidad del Clima Social Familiar y Depresión en el Adulto Mayor. CAM – Piura, 2015.

V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- ✓ Existe relación entre clima social familiar y Depresión en los adultos mayores. CAM -Piura, 2015.
- ✓ Existe un nivel Bajo de Clima Social Familiar en los adultos mayores .CAM -Piura, 2015.
- ✓ Existe un nivel Depresión Situacional en los adultos mayores. CAM -Piura, 2015.
- ✓ Existe relación entre la dimensión relaciones de clima social familiar y Depresión en los adultos mayores. CAM -Piura, 2015.
- ✓ Existe relación entre la dimensión Desarrollo de clima social familiar y Depresión en los adultos mayores. CAM -Piura, 2015.
- ✓ No Existe relación entre la dimensión Estabilidad de clima social familiar y Depresión en los adultos mayores. CAM -Piura, 2015.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda al CAM, reinsertar al adulto mayor dentro de sus respectivas familias, realizando terapias familiares, para mejorar la calidad de las relaciones dentro de las mismas.
- ✓ También se recomienda que los adultos mayores, asistan a terapia psicológica individuales, para atender los diferentes problemas que conlleve el abandono familiar, la cual a desencadenado una depresión situacional en la esfera afectiva, cognitiva y motivacional.
- ✓ Diseñar y poner en marcha campañas de información y sensibilización con un enfoque de género, al conjunto de la población, sobre el respeto e importancia de la empatía hacia el adulto mayor, fomentando en la sociedad a vivir una cultura que promueva la creación formativa y el envejecimiento saludable.
- ✓ Trabajar las relaciones familiares mediante capacitaciones, con la familia que se encarga del cuidado del adulto mayor, para que estos sean mediadores, para que permanezca la comunicación y se fortalezca cada día más, y permita también establecer vínculos afectivos entre ellos y promocionar la unión familiar, y así mejoren sus procesos de interacción con todos.
- ✓ Sensibilizar mediante campañas sociales, a los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, de las diferentes Universidad de la localidad, para así mejorar el cuidado del adulto Mayor, y estos a su vez sean un efecto multiplicador en las relaciones familiares, y asuman con entrega su labor como profesional.

Referencias

- Amezcuca, Pichardo y Fernández (2003). *Clima Social Familiar y adaptación personal y social en adolescentes*. Universidad de Murcia España.
- Bandura (1981). *Aprendizaje por Modelamiento*. Traducción de Rafael Gautier.
- Buendía, J., Ruiz, J., & Riquelme, A. (1999). Efectos del estrés familiar en niños y adolescentes. *Familia y psicología de la salud*, 181-202.
- Chadwick, C. (1988). *Teorías del aprendizaje*. Santiago, pág. 41-52.
- Cooper, R., Sawaf, A. (1998). *La Inteligencia Emocional aplicada al liderazgo y a las organizaciones*. Recuperado de:
https://books.google.com.pe/books/about/La_inteligencia_emocional_aplicada_al.html?id=tstxzwukS6AC
- Elías, Maurice J, et. al. (1999). *Educar con inteligencia emocional. Cómo conseguir que nuestros hijos sean responsables y adquieran un grado óptimo de sociabilidad*, México, Plaza y Janés.
- Hashimoto, Ernesto (2004). *Como Investigar desde los tres Paradigmas de la Ciencia*. Editorial Pedagógica Publicaciones.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México.
- Ibáñez, Maribel (2014). *Relación existente entre Clima Social Familiar y la Depresión en el Adulto Mayor del Hogar de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de la Provincia de Piura - 2014*.
- Moos y Trickett (1997) "Escala del Clima Social Escolar". Editorial TEA ediciones de España.
- Navarro, I, Musitu, G. y Herrero, J. (2007). *Familias y problemas, un programa especializado en intervención psicosocial*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Papalia, D "Psicología Del Desarrollo" Editorial MC Granhil en México.

- Pintado, Danica (2013) “Clima Social Familiar y el Nivel de Calidad de Vida en los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos “Luz, Vida y Amor” en la Ciudad de Chulucanas y en el Acilo “Hermanitas de los Ancianos Desamparados” de la Ciudad de Piura”
- Salovey, P., Mayer, J. (1990). *Inteligencia Emocional. Imaginación, Conocimiento y Personalidad.*
- Salazar, A. (2003). *Relación entre Clima Social Familiar y Tipos de Familia en grupo de adolescentes gestantes de un Hospital de la Provincia Constitucional del Callao.* Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Psicología. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres.
- Cabanillas, W. (2002). Modelos en inteligencia emocional: Más allá del legado de Góleman. Revista Peruana de Psicología.*
- Serguienko de Arca (2005), *plantea un estudio denominado “Clima social en la familia y depresión en niños de 8 a 12 años, pacientes de una institución de salud mental”.*
- Dominici L.(2003). *Terapia Familiar*”. Programa Salud de Adultos. Nivel Nacional. Primer Nivel de Atención. Guías de Atención. Caja del Seguro de Panamá.

ANEXOS

Instrumento: Escala de Clima Social Familiar (FES)

INSTRUCCIONES:

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

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

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

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

(NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO)

.....

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



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

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



21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos.
23. En la casa a veces nos molestamos tanto que a veces golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.

27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Rosa de Lima, etc.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.



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



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

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



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

67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillo o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera.



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



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

(COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES)

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES)

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

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

Análisis: _____

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

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

Confiabilidad:

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

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

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

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

Validez y Confiabilidad.

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

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

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

Matriz de Consistencia

PROBLEMA	VARIABLES	INDICADORES	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	TECNICAS
¿Cuál es la relación entre Clima Social Familiar y La Depresión en Adultos Mayores en el CAM - Piura año 2015?	Clima Social Familiar	DIMENSIONES Dimensión Relación Dimensión Desarrollo Dimensión Estabilidad	OBJETIVO GENERAL . Determinar la relación entre el Clima Social Familiar y La Depresión en Adultos Mayores en el CAM - Piura año 2015	TIPO DE INVESTIGACION • Descriptivo Correlacional	Cuestionario
			OBJETIVOS ESPECÍFICOS . Describir las categorías del clima social familiar en Adultos Mayores en el CAM - Piura año 2015 . Describir las categorías de Depresión en Adultos Mayores en el CAM - Piura año 2015 . Establecer la relación entre la dimensión de relación de clima social familiar y la depresión en Adultos Mayores en el CAM - Piura año 2015 Establecer la relación entre la dimensión de Desarrollo de clima social familiar y la depresión en Adultos Mayores en el CAM - Piura año 2015 Establecer la relación entre la dimensión de Estabilidad de clima social familiar y la depresión en Adultos Mayores en el CAM - Piura año 2015	DISEÑO No experimental, descriptivo de corte transversal	INSTRUMENTO Escala de Clima Social Familiar Cuestionario de Depresión Zung.
	Depresión	ESTADOS AFECTIVOS TRASTORNO FISIOLÓGICO TRASTORNO PSICOMOTORES TRASTORNOS PSIQUICOS		POBLACION Adultos Mayores del CAM - Piura año 2015 MUESTRA Se obtiene usando el muestreo probabilístico aleatorio simple teniendo como criterios la Inclusión y Exclusión, quedando 100 adultos mayores.	



ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”

Piura, 07 de Mayo del 2015

OFICIO N° 113-2015-Coord.Ps.-Filial Piura/ULADECH - CATOLICA



Señor:
Ps. César A Palacios Espinoza
Profesional Responsable del CAM PIURA

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo, y al mismo tiempo manifestarle que entre las políticas de mejoramiento de la calidad de la formación académica que la "Universidad Católica Los Angeles de Chimbote", ofrece a sus alumnos, se propicia la participación cada vez más estrecha con las instituciones.

En este sentido permítame presentarle a la estudiante **MARIA ELIZABETH CAMPOVERDE RIOS**, matriculada en el VIII ciclo de la carrera profesional de Psicología de esta casa superior de estudios, Así mismo solicito a usted brindar las facilidades para que realice la aplicación de instrumentos para su proyecto de Tesis denominado "Relación entre el clima social familiar y la depresión en adultos mayores" en la institución a la que tan dignamente pertenece.

Agradeciendo la atención que le brinde al presente, me despido de usted, reiterándole mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

