

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA



TESIS

**“CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA RELACION CON LA DEPRESION
EN ADULTOS MAYORES DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE
AMARILIS, CIAM - 2019”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA: Campos Alvarado, Claudia Virginia

ASESORA: Tellez Cordero, Renee Del Carmen

HUÁNUCO – PERÚ

2022

U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Psicología educativa
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias sociales

Sub área: Psicología

Disciplina: Psicología (incluye terapias de aprendizaje, habla, visual y otras discapacidades físicas mentales)

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título Profesional de licenciada en psicología
 Código del Programa: P05
 Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

D

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 45972208

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 08837346
 Grado/Título: Maestro en psicología, con mención en intervención psicológica e investigación
 Código ORCID: 0000-0001-6378-5050

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Diestro Caloretti, Karina Vanessa	Maestra en administración de la educación	25769441	0000-0002-0497-1889
2	Tarazona Soto, Aida Margarita	Maestro en educación, mención en investigación e innovación pedagógica	22515643	0000-0001-5713-6126
3	Fernandez Davila Alfaro, Julita del Pilar	Maestro en psicología con mención en prevención e intervención en niños y adolescentes	41906174	0000-0002-7333-5683

H

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa Académico Profesional de Psicología

"Psicología, la fuerza que mueve al mundo y lo cambia"

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL" ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **11:30 A.M** horas del día 25 del mes de febrero del año dos mil veintidós en la plataforma del aula virtual de la Facultad de Ciencias de la Salud, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió mediante la Plataforma Virtual Google Meet. el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

- MG. KARINA VANESSA DIESTRO CALORETTI PRESIDENTA
- MG. AIDA MARGARITA TARAZONA SOTO SECRETARIA
- MG. JULITA DEL PILAR FERNANDEZ DAVILA ALFARO VOCAL
- **ASESORA DE TESIS. MG. RENEE DEL CARMEN TELLEZ CORDERO**

Nombrados mediante Resolución N°207-2022-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis titulada. **"CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA RELACION CON LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE AMARILIS, CIAM - 2019"** Presentado por la Bachiller en Psicología, **Sra. CAMPOS ALVARADO, Claudia Virginia**, para optar el Título Profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**.

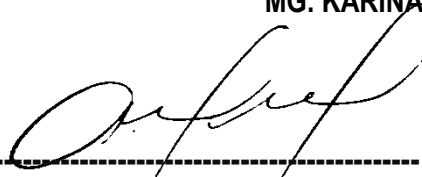
Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) **Aprobada** por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **16** y cualitativo de **Bueno**.

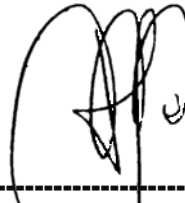
Siendo las, 12:19 Horas del día 25 del mes de febrero. del año 2022, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.



MG. KARINA VANESSA DIESTRO CALORETTI
PRESIDENTA



MG. AIDA MARGARITA TARAZONA SOTO
SECRETARIA



MG. JULITA DEL PILAR FERNANDEZ DAVILA ALFARO
VOCAL

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicado a mi madre por brindarme su apoyo incondicional y esfuerzo por ser la persona más importante en mi vida que cada día me motiva a seguir adelante para lograr mis metas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme las fuerzas e iluminarme para lograr una de las metas más importantes en mi vida y seguir por el camino del bien y darme la sabiduría necesaria para culminar de manera exitosa mi carrera profesional.

Agradezco a los docentes de la Universidad de Huánuco por los conocimientos impartidos durante mi formación profesional y a mi asesora Psicóloga Téllez Cordero Reneé del Carmen por guiarme para realizar de manera exitosa esta investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN	X
SUMMARY.....	XI
INTRODUCCIÓN.....	XII
CAPITULO I.....	13
PROBLEMA DE INVESTIGACION	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	17
1.3. OBJETIVO GENERAL	17
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
CAPITULO II.....	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	20
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	21
2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES.....	24
2.2. BASES TEÓRICAS.....	25

2.2.1. CLIMA SOCIAL FAMILIAR	25
2.2.2. TIPOS DE FAMILIA.	27
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	49
2.4. HIPÓTESIS	50
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	50
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	50
2.5. VARIABLES	51
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	51
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE.....	51
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	52
CAPITULO III	54
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	54
3.1.1. ENFOQUE	54
3.1.2. ALCANCE O NIVEL.....	54
3.1.3. DISEÑO	54
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	55
3.2.1. POBLACIÓN	55
3.2.2. MUESTRA	55
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ...	56
3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	56
3.3.2. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	58
3.3.3. PARA LA PRESENTACIÓN.....	58
CAPITULO IV.....	60
RESULTADOS.....	60
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS	60
4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBAS DE HIPÓTESIS.	71

CAPITULO V.....	76
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	76
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	60
Tabla 2: Sexo del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	61
Tabla 3: Religión del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.....	62
Tabla 4: Grado de Instrucción del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	63
Tabla 5: Estado civil del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.....	64
Tabla 6: Relación significativa en la dimensión “Relaciones” y la depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.....	65
Tabla 7: Relación significativa en la dimensión “Desarrollo” y la depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.....	66
Tabla 8: Relación significativa en la dimensión “Estabilidad” y la depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.....	68
Tabla 9 Relación que existe entre el clima social familiar y la depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Edad del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.....	60
Gráfico 2: Sexo del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019	61
Gráfico 3: Religión del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.....	62
Gráfico 4: Grado de Instrucción del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	63
Gráfico 5: Estado civil del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	64
Gráfico 6: Dimensión “Relaciones” en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	65
Gráfico 7: Depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	66
Gráfico 8: Dimensión “Desarrollo” en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	67
Gráfico 9: Depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019	67
Gráfico 10: Dimensión “Estabilidad” en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	68
Gráfico 11: Depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	69
Gráfico 12: Clima social familiar en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	70

Gráfico 13: Clima social familiar en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.	70
---	----

RESUMEN

El presente estudio se realizó con la finalidad de conocer y analizar la relación existente entre el clima social familiar y la depresión en adultos mayores del Centro Integral de Atención al adulto mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019. La tesis pertenece al método correlacional, diseño descriptivo; tipo de investigación sustantiva explicativa y con nivel de investigación descriptiva; el estudio tuvo una muestra total de 68 adultos mayores de 65 a 89 años; para recolectar los datos usó la Escala de Clima Social Familiar y la Escala de Autoedición Zung para detectar la depresión. Los resultados señalan que el porcentaje promedio general de 51.5% de adultos mayores presentaron adecuado clima social familiar y el 48.5% inadecuado; de los cuales, el 51.5% presentaron depresión moderada y 35.3% depresión leve, el resultado de la contrastación de hipótesis (χ^2 $c=0.05 < \chi^2 = 0.09$). En conclusión, el Clima Social Familiar tiene relación con la depresión en adultos mayores del CIAM de la Municipalidad Distrital de Amarilis.

Palabras claves: Clima Social Familiar, familia, Adulto Mayor, Depresión.

SUMMARY

The objective present investigation was carried out with the aim of determining and knowing the relationship that exists between the family social climate and depression in older adults of the Comprehensive Center of Attention to the Elderly of the District Municipality of Amarilis - 2019. The investigation belongs to the correlational method, descriptive design; type of substantive explanatory research and with a descriptive research level; The study had a total sample of 68 adults aged 65 to 89 years; For data collection, the Family Social Climate Scale and the Zung Self-Publishing Scale were used. The results indicate that the general average percentage of 51.5% of older adults presented an adequate family social climate and 48.5% inadequate; of which, 51.5% presented moderate depression and 35.3% mild depression, the result of hypothesis testing ($\chi^2_{c} = 0.05 < \chi^2 = 0.09$). In conclusion, there is a relationship between Family Social Climate and depression in older adults at the Comprehensive Center for Attention to the Elderly of the District Municipality of Amarilis.

Keywords: Family Social Climate, family, Depression, Elderly.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que interfiere en la vida cotidiana de la persona, ocasionando sufrimiento a quien la padece y al entorno familiar y de no tratarse adecuadamente podría incluso ocasionar la muerte. Esta es una enfermedad muy preocupante porque frecuentemente es ignorada o difícilmente diagnosticada, haciendo más complicada la intervención en estos casos.

La presente investigación tuvo como finalidad analizar de qué manera está influyendo el clima familiar en los niveles de depresión de los adultos mayores, teniendo en cuenta que el diagnóstico en esta población es un tema complejo, ya que en los adultos mayores los síntomas de la depresión son tomados como algo normal y además donde este grupo ignora que la depresión es una enfermedad. Por esta razón la familia cumple un papel muy relevante en la vida del adulto mayor pues constituye una pieza fundamental para el adecuado soporte emocional, desarrollo de la autonomía personal, como también son responsables de brindarles confianza, protección y sentimientos de utilidad e importancia.

La investigación está dividida en cinco capítulos:

En el primer capítulo se presenta la descripción del problema, la formulación del problema, los objetivos, justificación, limitaciones y viabilidad.

En el segundo capítulo se presenta los antecedentes, bases teóricas, definiciones conceptuales, hipótesis, se identifica las variables independientes y dependientes, así como la operacionalización.

En el tercer capítulo se encuentra la metodología, el tipo y diseño de investigación, población, muestra, técnicas e instrumentos utilizados para recolectar datos y los métodos de análisis.

En el cuarto capítulo se muestran los resultados obtenidos y la contrastación de hipótesis.

En el quinto capítulo se realiza la discusión de los resultados.

Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (2017), conceptualiza a la depresión como una afección mental común, se calcula que 350 millones de personas lo padecen a nivel mundial. La depresión es diferente de los cambios de humor cotidianos del estado de ánimo y de las respuestas emocionales cortos a los problemas que afrontamos a diario. Puede volverse en un problema de salud grave si se vuelve crónico o frecuente y causar problemas y afectar las actividades sociales, laborales y familiares.

La depresión tiene como característica la tristeza, falta autoestima, descuido, cansancio, pérdida de concentración, trastornos del apetito y del sueño.

En todo el mundo el porcentaje de personas mayores está creciendo rápidamente. Se estima que esta proporción se duplicará del 12 al 22% entre el 2015 y 2050. La cantidad proyectada es de 900 millones a 2 mil millones de adultos mayores de 60 años. Este grupo etario pueden sufrir problemas físicos y psicológicos que deben ser reconocidos y atendidos en su debido momento.

Según las estadísticas (OMS), en las personas mayores de 60 años, más del 20% padecen de trastornos mentales o neurales (descontando los malestares por dolores de cabeza), el 6,6% de la discapacidad en esta edad son por trastornos del sistema nervioso y mentales. En este grupo etario los trastornos neuropsiquiátricos más comunes son la demencia y la depresión.

El riesgo de suicidio es mayor para los hombres mayores que en mujeres. Se conoce que muchos tienen algún trastorno depresivo que los médicos no han podido identificar, porque un porcentaje significativo de las víctimas de suicidio frecuentemente acudían al médico el mes anterior a su muerte, como refiere Conwell (2001).

La depresión en las personas mayores es un trastorno del estado de ánimo que entorpece la vida diaria de la persona, ocasionando dolor y sufrimiento no solo a quien la padece sino también al entorno familiar y de no tratarse adecuadamente podría incluso ocasionar la muerte. Esta es una enfermedad muy preocupante porque frecuentemente es ignorada o difícilmente diagnosticada, haciendo más complicada la intervención en estos casos.

Pitt (1996), señala que una dificultad adicional para el diagnosticar la depresión en el anciano es que los ancianos no están adecuadamente preparados para explicar sus malestares y lo hacen a través de manifestaciones somáticas (hablan de sus malestares como insomnio pérdida de energía, dolores inespecíficos, etc.) lo que favorece que se vincule los síntomas con una dolencia física y no con un trastorno depresivo.

Estar melancólico o triste no es suficiente para diagnosticar la depresión. El síndrome depresivo es un patrón específico de diversos síntomas que ocurren simultáneamente, duran mucho tiempo y causan malestar o empeoramiento significativo clínicamente. Además de un estado de ánimo depresivo, pueden señalar al mismo tiempo otros síntomas como trastornos del sueño, carencia de energía, pérdida de apetito, angustia, desesperación, etc. No es fácil diferenciar entre depresión normal y patológica, ya que esto es controvertido a nivel científico.

La depresión, a diferencia del estado normal de tristeza, afecta el funcionamiento general de la persona, el estado de ánimo, de alguna manera parece ser autónomo y libre de la voluntad de la persona que lo padece, es difícil separar un síndrome depresivo de un decaimiento no patológico, esta dificultad permite entender por qué sólo la mitad de las personas que lo padecen después de mucho tiempo deciden buscar ayuda de un especialista y tratamiento, empeorando el pronóstico a corto plazo, Kaplan y Sadock, (1994).

Los médicos de atención primaria a menudo no reconocen la depresión y, si lo hacen, en la mayoría de los casos no le dan el tratamiento adecuado,

por lo que la depresión se puede considerar un trastorno insuficientemente diagnosticado y tratado. Schramm (1998).

En el Perú, según el INEI (2016) La estructura de la población peruana en los años cincuenta estaba conformada básicamente por niños y niñas; así 42 de cada 100 pobladores tenían menos de 15 años; en el año 2016, 28 de cada 100 peruanos eran menores de 15 años. La población peruana en este proceso crece la cantidad de adultos mayores de 5,7% en 1950 a 9,9% en 2016.

En el 2015 el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que en el Perú la población adulta mayor de más de 60 años representa el 9,7% de la población con 3'1,000,050 personas.

Muchos expertos señalan que el factor más importante para el adulto mayor es el Clima Familiar. La familia es de gran importancia en las relaciones interpersonales, también tiene un efecto sobre el estímulo y las aspiraciones de éxitos en el futuro.

Según un estudio del Instituto Gestalt de Lima (2010) en el Perú el 18% de adultos mayores tienen depresión y el 79 % entre los 60 y 80 años en algún momento han pensado en el suicidio ya que han considerado que su vida no tiene sentido. La familia siempre será la esencia de la transformación y la identidad de una sociedad, por la importancia fundamental no solo en el desarrollo de la sociedad sino principalmente de las personas que la integran.

Desde el punto de vista de la psicología, la familia es el único medio adecuado para que sus integrantes den y reciban afecto con el fin de lograr el equilibrio emocional que necesitan para desarrollarse como persona y actuar como miembros útiles en la sociedad. Del mismo modo del entorno familiar provienen los cuidados de nuestra salud física. La maduración personal, el equilibrio, la estabilidad psíquica, de los miembros de la colectividad dependen en gran medida del funcionamiento correcto de sus hogares.

Por lo tanto, la vejez se relaciona con enfermedades, dependencia e ineficacia. Hoy en día la gran mayoría de los adultos mayores se adaptan a

los cambios y se convierten en recursos potenciales para la comunidad. La integración en la familia y la comunidad, la participación promueve la salud y contribuyen a fortalecer la dignidad de las personas de todas las edades. Envejecer satisfactoriamente, significa prepararse adecuadamente para afrontar la fase de 60 años y más con máxima capacidad, con la satisfacción y beneficio para los demás y para sí mismo.

Es por esta razón que la familia cumple un rol muy relevante en la vida del adulto mayor pues constituye una pieza fundamental para el adecuado soporte emocional, desarrollo de la autonomía personal, como también son responsables de brindarles confianza, protección y sentimientos de utilidad e importancia. Además, la familia es el principal agente socializador porque su influencia es muy fuerte ya que es aquí en donde se aprenden las normas de convivencia, donde se aprende a construir los lazos afectivos entre sus miembros y es la encargada de brindar los cuidados y la atención adecuada de acuerdo a las necesidades del adulto mayor.

El CIAM, es un espacio Municipal para la concertación, articulación y prestación intra e interinstitucional, de servicios básicos multidisciplinarios e integrales, para la promoción social y el bienestar de las personas adultas con participación y apoyo de su familia. Entre sus objetivos está prevenir y combatir los problemas de salud, identificar problemas individuales, familiares o sociales, organizar actividades recreativas, realizar talleres de prevención de violencia, de autoestima, prevenir enfermedades crónicas, mantener activas las funciones mentales.

En el CIAM Amarilis en su mayoría los participantes son de nivel medio en los social, económico y cultural, algunos tienen dificultades en las relaciones familiares, tienen enfermedades degenerativas, viven solos, enfermedades crónicas, muchos de ellos no reciben apoyo de sus familias lo que les causa tristeza, desmotivación y deficiencia de habilidades sociales.

Por ello, en la presente investigación la finalidad fue analizar la relación entre Clima Social Familiar y la Depresión en las personas Adultas Mayores que asisten al Centro para dar a conocer el estado actual de la muestra

estudiada y la necesidad de una oportuna atención a través de programas de prevención dirigido a las familias que cohabitan con personas adultos mayores enfatizando a los más vulnerables de tener dicha enfermedad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Existe Relación entre el Clima Social Familiar y la Depresión en las personas Adultas Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Qué relación existe entre la dimensión “Relaciones” y la depresión en los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019?
- ¿Qué relación existe entre la dimensión “Desarrollo” y la depresión en los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019?
- ¿Qué relación existe entre la dimensión “Estabilidad” y la depresión en los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre clima social familiar y la depresión en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la relación entre la dimensión “Relaciones” y la depresión en los Adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

- Identificar la relación entre la dimensión “Desarrollo” y la depresión en los Adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.
- Identificar la relación entre la dimensión “Estabilidad” y la depresión en los Adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La importancia de la presente investigación radica porque será un aporte práctico y teórico para la Psicología Clínica y Familia, contribuirá como antecedente y aporte a futuras investigaciones con las variables de Adulto Mayor y Depresión, los resultados permitirán plantear la oportuna atención a través de programas de intervención a las familias que habitan con personas ancianas enfatizando a los más vulnerables a presentar depresión.

El interés surge de considerar el importante papel que desempeña la familia y el entorno social con el adulto mayor miembro de la familia para prevenir la incidencia del trastorno de la depresión ya que estas personas por las limitaciones propias de su edad son vulnerables al depender de su cuidado personal de otra persona. Es importante identificar las causas de la depresión, para proponer alternativas de solución por ser un problema relevante para los profesionales comprometidos con la salud mental.

Permitirá al CIAM de Amarilis conocer los aspectos tanto positivos y negativos que afectan el entorno social de su familia y si son propensos a la Depresión.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Los casos aislados de estudios similares a esta investigación en la región.

- Tiempo limitado para la aplicación de la prueba

- Espacio reducido donde se llevará acabo la prueba
- Escaso acceso a la población estudiada por enfermedades, personalidad, negativa, etc.

1.6. Viabilidad de la Investigación.

La investigación contó con la autorización del Sub Gerente del área de la Municipalidad Distrital de Amarilis a través del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor y la colaboración de las personas participantes del Centro en resolver las pruebas psicométricas, haciendo uso sustancial del tiempo por ser de fácil manejo.

La investigación contó con los recursos necesarios, tanto financieros como tecnológicos y bibliográficos; con la colaboración de las personas involucradas, familias y el personal técnico.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Ramirez, Díaz y Gómez (2019) Investigación **Relación entre depresión y apoyo social en el adulto mayor del Centro Vida de Piedecuesta Santander, Bucaramanga**, para optar el título de Licenciada en Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia. El objetivo de la investigación fue establecer la relación entre la depresión y el apoyo social en los adultos mayores, tesis de tipo descriptivo correlacional, con enfoque cuantitativo y con diseño no experimental. El instrumento que utilizó fue el cuestionario de Apoyo Social – Moos y el cuestionario de salud del paciente (PHQ) contó con una muestra de 54 adultos mayores. **Llegó a concluir** que el apoyo social tiene influencia en la depresión pero si reciben el apoyo de sus familiares y personas cercanas es posible combatir factores de depresión en cada dimensión del apoyo social: ayuda material, apoyo emocional, las relaciones sociales del ocio y distracción y el apoyo afectivo.

Suquilanda (2017) Factores biológicos sociales y familiares en el adulto mayor con depresión en San Pedro del Cebollar-Cuenca 2015-2016. Tesis para optar el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de Cuenca, Ecuador. La finalidad del estudio fue analizar los aspectos biológicos, sociales y familiares del adulto mayor diagnosticado con depresión. Fue un estudio cuantitativo, transversal analítico, la población lo conformaron 126 adultos mayores. Para determinar aspectos relacionado a la depresión utilizó el test de Yesavage, la funcionalidad de la familia mediante FFSIL y la comorbilidad con la escala de Charlson. Utilizó el método estadístico de chi cuadrado, para establecer los factores asociados a la depresión, regresión logística múltiple y razón de prevalencia (RP). Según los resultados el 61.1% tienen depresión y los factores relacionados con la

depresión fueron la falta de instrucción y la disfuncionalidad familiar. **En Conclusión**, existe una alta prevalencia de depresión, abordar el problema de manera integral considerando los aspectos psicosociales de los adultos mayores propensos a la depresión, analizando su nivel educativo y su desenvolvimiento familiar.

Silva, Vivar (2015) Factores asociados a la depresión en el adulto mayor Institucionalizado. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga Clínica, Universidad de Cuenca, Ecuador. Fue un estudio descriptivo, carácter mixto, estudio de caso como método, utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), guía de observación (Q-LES-Q), Escala de soledad en Adulto Mayor (IMSIL-AM), con el propósito de establecer las causas relacionadas con la depresión en las personas mayores integrantes de la Fundación Gerontológica Plenitud de la ciudad de Cuenca con una población de 8 participantes. Los resultados señalaron la prevalencia de depresión en 50%, tienen depresión leve el 25.0%, tienen depresión moderada el 12.5% y el 12,5% depresión grave. Los factores asociados a la depresión según los resultados son pérdida de roles, falta de apoyo emocional, procesos de duelo no resueltos, estado de dependencia, esquemas disfuncionales. **En conclusión**, según la percepción de los ancianos, tener un amigo en la Fundación, significa disminución de sentimiento de soledad y un gran apoyo emocional. Además de convertirse en un referente para interiorizar mejor los cambios típicos de este período. En el grupo sin depresión se pudo distinguir que está presente la actitud positiva, la necesidad de socializarse, hacer amistades, conversar y reír. Asimismo, es importante resaltar que se encontró que este grupo había dado su consentimiento para ingresar a la residencia geriátrica.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Cuaresma, Medina, Salvatierra (2019) Realizó una investigación con la finalidad de establecer la **Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes del Programa de diabetes en el Hospital 2 de mayo de junio a agosto**

del 2018. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería Universidad Peruana Cayetano Heredia. La investigación tiene un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 400, la muestra 196 adultos mayores. Utilizó dos instrumentos la Escala del Apgar familiar y la Escala de Manifestaciones Depresivas (PHQ-9). En los resultados se puede apreciar que en los adultos mayores con diabetes predomina la disfunción familiar severa. **En conclusión**, la funcionalidad familiar con niveles bajos corresponde a manifestaciones depresivas de niveles altos en los adultos mayores con diabetes, por lo tanto, existe correlación significativa entre funcionalidad familiar y las manifestaciones depresivas en esta población.

Tinco (2017) La soledad social en adultos mayores de la Región Ica en el 2017. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología, Universidad Autónoma de Ica. Su objetivo fue precisar el nivel de soledad social en adultos mayores, investigación con diseño descriptivo, no experimental, de corte transeccional. La población lo conformaron 2924 sujetos y la muestra 236, quienes resolvieron la encuesta de la Escala de Soledad Social para Adultos Mayores (ESTE II). En los resultados los participantes de sexo femenino presentan nivel alto con 47% en comparación con los varones con 28%. El 40% más en soledad presentan los participantes que no padecen de alguna enfermedad, de los que sí padecen alguna enfermedad con 7%. Los encuestados con estudios superiores presentan más soledad 80% en comparación con aquellos que solo tienen estudios secundarios y aquellos que no tienen estudios. Llegó **a concluir** que el 34% en la región Ica los participantes tienen nivel de soledad bajo, el 32% nivel de soledad media y el 34% nivel de soledad alto, la familia debe ser el primer grupo de apoyo afectivo para reducir el índice de soledad social en el adulto mayor en la región Ica.

Gómez, Herrera y Gonzales (2016) Clima social familiar y depresión en el adulto mayor. Tesis para licenciatura, Universidad

Nacional de Trujillo. La finalidad de la investigación fue determinar el nivel del clima social familiar y el nivel de depresión de los participantes del programa del adulto mayor del Hospital Santa Isabel el Porvenir, la población lo conformaron 63 adultos mayores a quienes se les aplicó la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage y la Escala Clima Social Familiar. Según los resultados el 42.9% muestran nivel moderado de depresión, el 41.3% no presentaron depresión y el 15.9% presentaron depresión severa. El 65.1% tienen el clima social familiar promedio, el 23.8% clima familiar alto y un 11.1% clima social familiar bajo. Llegó a la **conclusión** que existe relación entre el nivel de clima social familiar y el nivel de depresión de los adultos mayores, se evidencia el rol fundamental de la familia en las relaciones socioafectivas del adulto, que es de suma importancia para una mejor calidad de vida y el bienestar psicológico.

Ibañez (2015) Con el objetivo de establecer la relación entre **el Clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados en Piura**, realizó su investigación de Licenciatura en Psicología, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Tesis tipo descriptivo correlacional. 100 adultos mayores lo conformaron la muestra. Para recolectar datos usó la escala del clima social de Moos y para depresión la Escala de Zung. Los resultados evidencian que el 2% no tiene Depresión, el 3% tienen desorden emocional, el 20% presentan Depresión y el 75% de los encuestados tienen Depresión situacional. Asimismo, en los resultados se evidencia correlación significativa entre la dimensión estabilidad y la depresión mientras que no se evidencia relación estadísticamente significativa en las dimensiones relación y desarrollo con la depresión, llegó a la **conclusión** que el clima social familiar tiene influencia significativa en la depresión de los adultos mayores.

Licas (2015) Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San

Marcos. El objetivo fue identificar los niveles de depresión de los adultos mayores que acudieron al CIAM Tayta Wasi 2014. Fue un estudio de tipo cuantitativo, método descriptivo transversal, nivel aplicativo, corte transversal. La población lo conformaron 89 adultos mayores y 73 adultos mayores lo conformaron la muestra, el instrumento utilizado fue de la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Llegó a la **conclusión** que el nivel leve de depresión es lo que predomina en los adultos mayores que acuden al centro de atención "TaytaWasi".

2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES

Ponce (2018) Nivel de depresión del adulto mayor atendidos en el Hospital de Tingo María, 2017. Tesis para Optar el título profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco. El objetivo fue precisar el nivel de depresión de los pacientes adultos mayores asistidos en el Hospital de Tingo María, 2017. Investigación de nivel descriptivo observacional, con diseño no experimental y de naturaleza transversal, la población lo conformaron 108 adultos mayores. Para la recolectar datos aplicó la técnica de la encuesta y el instrumento la Escala de depresión Geriátrica – El Test de Yesavage. En conclusión, el 51% de la población entrevistada presentan depresión leve, el 43% no tiene depresión y solo el 5% manifiesta depresión severa, la gran mayoría son de las zonas rurales y el mayor porcentaje de adultos evaluados no dependen económicamente de ninguna persona.

Valverde (2017) Con el objetivo de analizar la **Situación social familiar y la valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 del Distrito de Huácar Huánuco – 2017**, realizó su investigación para optar el título de Licenciada en Enfermería de la Universidad de Huánuco. Para recolectar datos utilizó una guía de entrevista, una escala de medición sociofamiliar modificada de Gijon y un indicador de valoración funcional de Barthel. Los resultados indican que el 70.4% manifiestan riesgo social, el 16% señalan problema social y tan solo el 13,6% manifiestan

ambiente familiar buena. Del mismo modo el 53,1% señalan nivel moderado en dependencia, el 23,5% presentan dependencia severa, el 2,5% presentaron dependencia leve y el 21,0% presentaron independencia. **En conclusión**, de acuerdo a la situación sociofamiliar existe predominio de riesgo social y un nivel moderado de dependencia frente al grado funcional de las personas adultas mayores beneficiarias del Programa Social Pensión 65.

Blas, Esteban, Verde (2017) Realizó su tesis con la finalidad de identificar la **relación entre el Clima socio – familiar y autoestima en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, que asisten al Metropolitano CAP III-ESSALUD, Huánuco, 2017.** Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. La población y la muestra lo conformaron 33 pacientes. Para analizar el clima socio familiar usó la Escala de Lickert y un cuestionario de autoestima modificado con 20 preguntas. El tipo de estudio fue descriptivo, analítico, observacional, transversal y prospectivo. Los resultados muestran correlación entre las dos variables siendo positiva y significativa, asimismo hubo relación entre el clima socio - familiar en la dimensión relaciones, desarrollo, estabilidad y la autoestima en pacientes adultos mayores. **Llegó a concluir** que existe correlación positiva, alta y significativa entre la autoestima y el clima socio-familiar en los adultos mayores asistidos por diabetes Mellitus Tipo II en el Metropolitano CAP III EsSalud.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CLIMA SOCIAL FAMILIAR

Peña y Padilla (1997) definen a la familia como un grupo de personas que conviven, relacionadas entre sí, comparten valores, emociones, costumbres, compromisos, información y creencias. Para el sostenimiento del equilibrio familiar cada miembro cumple un rol. La familia como institución actúa cuando es necesario, constituye un núcleo

de soporte y apoyo para sus integrantes y para la colectividad, como institución social es un sistema de relaciones vividas.

Broderick, citado por Navarro y cols., (1997, p. 13) menciona que la familia es “un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Asimismo, ciertas facetas –tales como su estructuración única de género y generación- lo diferencian de otros sistemas sociales. Más allá de esto, cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.) y su posición sociocultural e histórica en su entorno más amplio.”

CEDRO (1994, p.50) define a la familia como “un modo de organización en el que dos o más personas, que viven juntas y se relacionan, unas con otras, comparten sentimientos, responsabilidades, información, costumbres, valores, mitos y creencias. Cada miembro desempeña cierta función que permite mantener el equilibrio de esta organización.”

Moos, citado en Kemper (2000) define que la familia es un grupo originario que a lo largo del tiempo desarrolla sus propios patrones de acciones mutuas que constituyen la organización familiar y el rol de sus miembros, delimitan comportamientos y facilitan la comunicación. Resalta que la familia está organizada en orden funcional para llevar a cabo sus actividades básicas, apoyando la individualización y transmitiendo sentimientos de participación o pertenencia.

La Familia como Sistema

Bronfrenbrenner (1987), una posición sistémica con la teoría ecológica, sustenta que la familia es un microsistema interactivo que se relaciona con otros microsistemas y mismo tiempo está dentro de sistemas más grandes.

El microsistema son las relaciones que los individuos tienen a diario como los amigos, la escuela y la familia que se considera para el individuo el microsistema primario.

El mesosistema abarca las interacciones entre los diferentes microsistemas; como la relación entre la familia y amigos, familia y escuela, familia y vecinos, etc.

El exosistema, explica las relaciones de la familia con otros sistemas de la sociedad como las instituciones sociales y culturales y de servicio.

La última esfera de influencia es el microsistema, que tiene las características de un sistema socio-cultural: valores, estructura socioeconómica, actitudes valoradas o rechazadas socialmente, creencias religiosas y situaciones de historias del lugar y del momento.

La organización familiar lo conforman subsistemas que interactúan entre ellos: el sistema conyugal, está conformado por los integrantes de la pareja; el sistema parental, comienza a funcionar después que nacen los hijos y dentro de la familia tiene una importante función ejecutoria y el subsistema filial, que lo integran los hermanos. Asimismo, el sistema familiar se interrelaciona con otros exosistemas y mesosistemas, como los que se originan en las diversas instituciones sociales y las familias extensas.

2.2.2. TIPOS DE FAMILIA.

Papalia (2002), señala por su composición 4 tipos de familia: Familia nuclear integrada por padres e hijos, familia compuesta: Conformada por padres, hijos y abuelos. Familia extensa: lo conforman padres, hijos, tíos, abuelos, etc. Familia monoparental lo conforman la madre o el padre solo con los hijos.

Navarro y cols., (2007) exponen los tipos de familias que se desarrollan en base a la asignación de las labores de los miembros, el rol familiar, la estructura de poder y el desempeño de la familia. Las

familias son diferentes en todo el mundo, por factores socio culturales como los niveles de educación, la esperanza de vida, la participación de la mujer en el aspecto laboral, etc.; todo tiene influencia en la formación de familias, en la actualidad existe varios tipos de familia nucleares, monoparentales, unipersonales, reconstituidas, el mayor porcentaje de familias no mantienen un estilo nuclear.

Funciones de la Familia.

Los primeros conocimientos sobre la vida se adquieren en el ambiente familiar, confianza en sí mismo, sentimientos de amor, aprecio por los demás y sentimientos de amor. La vida familiar es la base para el desarrollo personal, los hijos adquieren las costumbres, los valores y las creencias que serán modelo de su conducta durante su existencia. (Zarate, 2003, p. 42); asimismo explica que la familia es una matriz social, porque en ella se produce el nacimiento físico y psicológico de la persona, crea su identidad y se afirma, socializa a la persona y configura su personalidad, también le proporciona los elementos de adaptación necesarios para que se integre a la cultura y a la sociedad.

Arranz y Olabarrieta (1998), manifiesta que al interior del grupo familiar se producen una serie de interrelaciones sociales que, por ser importantes para la persona, van a ser asimiladas y van a tener influencia decisiva en el transcurso de su desarrollo.

Para la mayoría de las personas la familia es la red más importante de ayuda social para los diversos cambios fundamentales que van a desarrollar durante su existencia: vivienda, trabajo, búsqueda de pareja vejez, jubilación, nuevas relaciones sociales, etc.; así como para las vicisitudes imprevistos que se dan a lo largo de su existencia: desempleo, fallecimiento de un familiar, divorcio, etc.

Camacho (2002) sostiene que la familia es la organización social más pequeña de la sociedad, pero la más importante por su rol en el desarrollo y ajuste social y psicológico por su función educativa y socializadora de prevención de comportamientos de riesgo del individuo.

Navarro y Cols., (2007) señalan que, la familia cumple funciones que le permiten perpetuar la cultura en la sociedad y la supervivencia.

Clima Social Familiar

Moos (1996), El clima social busca explicar las características Institucionales y Psicosociales de un determinado grupo establecido en un entorno; este grupo familiar es el medio adecuado para que sus miembros den y reciban afecto y logren así el equilibrio emocional que requieren los niños, adolescentes y adultos, para lograr su desarrollo y ser miembros útiles en la sociedad.

Existen interrelaciones entre los miembros de la familia donde fomentan la comunicación y la interacción familiar, el desarrollo es impulsado a través de la convivencia, la organización y el nivel de control que ejercen unos miembros sobre otros.

Características del Clima Social Familiar

Guely M. (1989), señala las siguientes características:

- Los padres siempre deben tener permanente comunicación con todos los que conforman la familia para que exista un buen clima familiar.
- Su conducta hacia el niño debe mostrar tranquilidad y estabilidad.
- Los hijos siempre deben respetar a sus padres.
- La madre no debe mostrarse ansiosa debe tener una autoridad bien establecida.
- No sobreproteger a los hijos, no permitir que la crisis económica aguda recaiga en las familias, si hubiera problemas graves entre los padres esto no exponerlo delante de los hijos.

Influencia del Clima Familiar

La Cruz (1998) explica que el clima familiar tiene una influencia determinante en la personalidad. Las interrelaciones entre los miembros de la familia determinan estilos de vida, afectos, actitudes, y valores que

van asimilando las personas desde que nacen; por lo tanto, un clima familiar positivo promueve el desarrollo adecuado de sus integrantes mientras que un clima negativo inapropiado fomenta comportamientos inadaptados que muestran importantes déficits afectivos.

La familia es el factor socializador más importante en los hijos, ya que es el transmisor de conocimientos, actitudes, valores, hábitos y roles que se transmite a través del tiempo de una generación a otra, los niños aprenden de sus padres y va depender del tipo de personas que son los padres.

Lo más importante que deben hacer los padres para sus hijos es crear un hogar feliz donde puedan desarrollarse. Las familias que viven en un clima familiar de desdichas, hostilidad e ira afectan negativamente a toda la familia y especialmente a los adultos mayores.

Componentes del Clima Social Familiar

Moos y Trickett (1984), mencionan que el clima social familiar lo componen tres dimensiones como sigue:

- 1) Relaciones:** Establece el nivel de libre expresión, comunicación al interior del grupo familiar y el nivel de interacción conflictivo que lo caracteriza. Lo conforma las áreas siguientes:
 - **Cohesión:** Analiza el nivel en que los miembros de la familia están comprometidos y se apoyan entre ellos.
 - **Expresividad:** Mide el nivel en que los integrantes de la familia se expresan con libertad comunicando sus opiniones, apreciaciones y sentimientos.
 - **Conflicto:** Analiza el nivel en que se expresa libremente la belicosidad y dificultades entre los integrantes de la familia.
- 2) Desarrollo:** Analiza la trascendencia de ciertos procesos de desarrollo personal que tienen dentro de la familia que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Lo conforman:

- **Autonomía:** Determina el grado en el que los miembros del grupo familiar tienen confianza de sí mismos, tienen sus propias decisiones y son independientes.
- **Área de Actuación:** Valora el grado en el que las acciones se colocan en una organización orientada a la competición o acción. (tal como en el trabajo o colegio)
- **Área Intelectual- Cultural:** Evalúa el grado de interés en las actividades culturales, sociales, políticos e intelectuales.
- **Área Social-Recreativo:** Evalúa el nivel de intervención en actividades de diversión.
- **Área de Moralidad- Religiosidad:** examina el nivel de importancia que se le da a las actividades de tipo religioso y ético.

3) Estabilidad: Provee informes o datos acerca de la organización y la estructura familiar y sobre el nivel de control que ejercen unos miembros de la familia sobre otros habitualmente.

presenta las siguientes áreas:

- **Área Organización:** Analiza el interés que se le da en el hogar a una organización clara al programar acciones y compromisos de la familia.
- **Área Control:** Evalúa la forma en que se gestiona la vida familiar de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos.

La Depresión

La Organización Mundial de la Salud (1992) publicó la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, CIE-10 en donde explica las características de la depresión: presentar un estado de ánimo deprimido, pérdida de la capacidad de agradarse y complacerse de las cosas, descenso de la vitalidad y por lo tanto la disminución de actividades, de la concentración, desconfianza en sí mismo y sentido de incapacidad, sentimiento de culpabilidad, sin proyectos a futuro, actos y pensamientos suicidas, disminución del apetito, trastornos del sueño. También menciona que la depresión tiene

tres formas: Leve, moderada y grave; y puede presentarse de diferente forma en cada persona ya que hay síntomas enmascarados de ira, consumo de bebidas alcohólicas en exceso, conductas histriónicas y síntomas obsesivos existentes.

Novoa (2002) conceptualiza a la depresión como un estado emocional de tristeza, desaliento, sentimiento de inutilidad y culpabilidad. Lo que conduce a la desmotivación, soledad, fatiga y discapacidades motoras. Esto se puede convertir en trastorno psicótico en el que la persona no puede actuar con normalidad.

La depresión es una de las afecciones médicas más comunes a la que están expuestas las personas, puede ser un trastorno o signo. La depresión como signo se caracteriza por la apariencia triste (disforia) mientras que como síntoma o trastorno es más prolongada y más fuerte, perturba la adaptación del individuo y sus síntomas son el sueño excesivo, el cambio en las costumbres alimenticias, incluso comportamientos delictivos (como el robo) pueden ser uno de los signos de depresión, obsesionarse con la muerte, que puede manifestarse con temor a la muerte o el hecho de morir o tener pensamientos suicidas.

Síntomas:

Síntomas Afectivos. La tristeza es el principal síntoma de la depresión, el 90 % de los pacientes lo manifiestan y también es la principal queja en la mitad de ellos, Klerman (1987). El estado anímico lo describe al sujeto como triste, decaído, desesperado, lánguido, etc. En algunos casos de depresión grave el paciente puede negar la tristeza lo que señala su incapacidad para exteriorizar sus sentimientos. La actitud emotiva en la depresión es diferente en cada paciente. Algunos se encuentran como si estuviesen muertos y vacíos por dentro; su estado de ánimo permanece invariable y su reacción es muy limitada a eventos y estímulos externos. Para otros pacientes, la depresión se muestra más bien como impotencia y desesperanza. La gran mayoría de los pacientes

también manifiestan sentirse ansioso, avergonzado y con sentimientos de culpabilidad.

Igualmente, la vida emocional del paciente se ve marcada por el enojo persistente, hostilidad, irritabilidad, tendencia a replicar a los eventos con arrebatos de ira e insultos a los demás, sentimiento de frustración exagerado por situaciones que no tienen importancia

Algunas personas enfatizan las quejas somáticas (dolor y molestia física) en lugar de referirse a sentimientos melancólicos. Este aspecto, tal como indica Schramm (1998), podría estar condicionado culturalmente.

Síntomas Conductuales. El estado de ánimo deprimido, la incapacidad para el placer junto con la pérdida de interés son los principales síntomas de la depresión. El rechazo constante a tomar parte de las actividades cotidianas es un indicador de la pérdida de interés. No disfruta con las actividades que antes consideraba placenteras, no practica su pasatiempo favorito ni otras actividades que le eran agradables.

La actividad y la energía de los pacientes se ven reducidas en 97%. El paciente ni siquiera puede levantarse por la mañana y comenzar sus actividades de costumbre. Se descuida la limpieza personal y su vestimenta. En ocasiones pasan horas de total inactividad. Toda actividad de rutina requiere esfuerzo. Otro síntoma típico de la depresión es el retardo psicomotor.

La gesticulación, la mímica y la posición del cuerpo parecen rígidas, poco espontáneas y limitadas. Los movimientos y el habla están enlentecidos. La latencia del habla puede ser muy prolongada. La voz adormecida y en la entonación tiende a ser monótona. Las respuestas a las preguntas son personalizadas pero breves, el paciente tiene dificultades para participar en el diálogo. Schramm (1998).

Puede ser tan extremo este retardo psicomotor que conduce al estupor depresivo, un estado muy similar al catatónico y caracterizado por mutismo y parálisis motora casi total Klerman (1987).

En otros pacientes al contrario puede producir una fuerte intranquilidad psicomotora, manifestándose en un ir y venir, frotarse las manos, fumar o morderse las uñas. La agitación psicomotora es una forma particular de inquietud asociada con la ansiedad. Es más común en mujeres que en varones.

La forma más leve se manifiesta en las extremidades periféricas. Los pacientes mueven nerviosamente los dedos de las manos y pies, revisan sus dedos y los retuercen unos a otros, juegan con algún objeto una bolsa, un cigarrillo, un vestido. Con frecuencia, aunque tienden a repetirse parecen ser incapaces de dejar de hablar. La agitación severa es muy rara actualmente. Particularmente en este grupo de pacientes agitados el riesgo de intento de suicidio es elevado, Schramm, (1998).

Síntomas Cognitivos. Muchos pacientes manifiestan descenso en la capacidad para razonar, concentrarse o tomar decisiones, quejarse por falta de memoria, distraerse con facilidad.

Los que estudian o trabajan con una exigencia intelectual son incapaces de realizar correctamente, incluso con dificultades leves de concentración. En personas de avanzada edad, el síntoma principal es la falta de memoria, que equivocadamente se interpreta como un indicador de demencia (seudo demencia depresiva). Si el episodio depresivo es tratado con éxito, los problemas de memoria desaparecen. Aunque, en algunas personas, especialmente los ancianos, el episodio depresivo puede ser el primer síntoma de demencia irreversible (American Psychiatric Association, 1994).

La persona deprimida puede tener su capacidad de decisión muy deteriorada. En caso extremo, ya casi no puede tomar decisiones, es totalmente ambivalente. Además de una serie de déficit formales en la memoria, en la capacidad de concentrarse, en la atención, se altera el

contenido de los pensamientos. Frecuentemente tiene una visión negativa del futuro de su entorno y de sí mismo. Schramm (1998).

La persona evalúa todo de forma negativa, “negra”, amargado, con desconfianza y con tendencia catastrófica. En las depresiones severas puede tener una forma delirante. En este contexto es frecuente el miedo a empobrecer, a no tener valor alguno, a ofender y ser innecesario o estar físicamente abocado a la muerte (delirio de empobrecimiento, de ofensa, nihilista e hipocondriaco). En ocasiones se acompaña de alucinaciones auditivas críticas, condenatorias o de reproche. Estos fenómenos se califican como coherentes con el estado de ánimo ya que encajan con el tema de la depresión.

Entre las ideas delirantes y alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo en el marco de una depresión psicótica se encuentran las ideas delirantes de persecución, de autorreferencia, de celos y control, así como las alucinaciones auditivas paranoides, como comentarios críticos e imperativos. Los pacientes con síntomas psicóticos tienen un elevado riesgo de suicidio Schramm, (1998).

En definitiva, parece, que existen “estilos de pensamientos” sesgados en estas pacientes según Beck, Kovacs y Weissman, (1979). Para algunos analistas de la depresión estos patrones cognitivos negativos no constituyen un epifenómeno de la depresión sino un factor etiológico de la misma. Los pensamientos de muerte, la idea suicida, o intentos de suicidio son comunes. Estas ideas van desde la creencia permanente de que otros estarían mejor si ellos se muriesen, hasta ideas transitorias, pero reiterativas, sobre el suicidio o planes específicos sobre como cometer suicidio. La intensidad, la letalidad y la frecuencia de estas ideas pueden variar. Las personas con menor riesgo de suicidio pueden informar pensamientos fugases (1 o 2 minutos) y reiterativas (una o dos veces por semana). Las personas con mayor riesgo de suicidio pueden haber comprado materiales para usar en un intento de suicidio y pueden haber determinado un momento y un lugar que saben que estarán solos. Aunque, estas actitudes están estadísticamente asociados con intentos

de suicidio y pueden ser muy importante para identificar al grupo de alto riesgo, muchas investigaciones han demostrado que es imposible pronosticar con exactitud en qué momento y cuándo una determinada persona deprimida va a intentar suicidarse American Psychiatric Association, (1994).

Síntomas Somáticos. Es uno de los motivos más importantes por lo que se pide ayuda profesional, es frecuente la presencia de este tipo de síntomas, según Vásquez, (1990). Las modificaciones del sueño es uno de los principales síntomas que se manifiesta con la depresión.

El insomnio es la perturbación del sueño más asociada a la depresión. Casi el 80% de las personas con depresión presenta un deterioro en la calidad como cantidad de su sueño. Puede presentarse insomnio inicial: que son problemas para conciliar el sueño. Insomnio medio: despertarse durante la noche y no poder volver a dormir. Insomnio tardío: despertarse muy pronto y no poder volver a dormirse. Hay personas depresivas que manifiestan tener excesos de sueño (hipersomnia) aunque con menor frecuencia en forma de episodios de sueño nocturnos prolongados o de aumento del sueño durante día. Este tipo de desórdenes del sueño no solo se ha verificado por medidas subjetivas sino también objetivas a través de estudios polisomnográficos. En muchos pacientes, la alteración del sueño es el primer síntoma en aparecer y el último en remitir.

Entre otros síntomas físicos son la fatiga y la disminución de las actividades y el deseo sexual. Entre el 70 y 80% de los pacientes con depresión están alterado el apetito, se trata de pérdida de apetito en la mayoría de los casos, acompañado por una notable pérdida de peso. También, aunque con menos frecuencia se produce un incremento de apetito y se puede llegar a un aumento de peso. El deseo sexual por lo general disminuye, en los varones, a veces existe una pasajera impotencia y anorgasmia en las mujeres.

Los pacientes con depresión se quejan continuamente de diversas molestias corporales como por ejemplo el típico dolor de cabeza, dolores musculares problemas de digestión, mareos, sensación de tener un nudo en la garganta, sequedad en la boca, ardor en el estómago o náuseas. En el marco de la depresión, afecciones ya existentes se experimentan con mayor intensidad como por ejemplo las lumbalgias. Schramm (1998).

Relativamente pocas personas deprimidas acuden en busca de tratamiento. Se ha señalado que el perfil de síntomas de aquellas que si deciden hacerlo es algo diferente de quienes no deciden hacerlo. Aunque el estado de ánimo y su gravedad no son diferentes en ambos grupos, los que van a un profesional suelen presentar una sintomatología somática y vegetativa (sueño, pérdida de apetito, cansancio, etc.) Vázquez y Sanz (1995). Aunque, contradictoriamente cuando hay más síntomas depresivos de tipo somático los cuadros depresivos se reconocen mejor que cuando la mayoría de las quejas son de tipo psicológico. Chinchilla (1999).

Síntomas Interpersonales. El deterioro de las relaciones interpersonales se incluye a la sintomatología de los pacientes con depresión, el 70% señala haber disminuido su interés por los demás. Beck (1976).

Generalmente estas personas son rechazadas por la gente, provocando que se aíslen aún más, Klerman y Weissman, (1986). Normalmente tienen disminuidas las habilidades sociales y la capacidad para comunicarse. Puede ocurrir un aislamiento social total, porque las relaciones interpersonales están asociadas con sentimientos de ansiedad, fracaso, sobreesfuerzo u otros sentimientos adversos. Es un área interesante para investigar, puesto que un mal funcionamiento interpersonal se correlaciona con un peor trayecto de la depresión, Barnett y Gotlib, (1988).

El trastorno puede afectar significativamente el funcionamiento de todas las áreas de la vida de un paciente. La persona deprimida sufre con estos cambios que además se mantienen durante un período de tiempo largo. Sin embargo, la frecuencia, duración, y la intensidad de estos síntomas y el grado de discapacidad que causan, varían notablemente de un individuo a otro.

Enfoques Teóricos y Explicativos de la Depresión.

Para explicar la depresión, a través del tiempo, se han desarrollado tres modelos claves:

1. Modelo Psicodinámico. Los inicios de las investigaciones acerca de la depresión fueron en la antigua Grecia en donde Hipócrates señaló el concepto de tristeza y lo asoció con el individuo reprimido. En (1915) Freud plantearía en la publicación *Duelo y Melancolía* las diferencias entre al perdido consciente que es real y evidencia duelo, y la pérdida inconsciente relacionada con la tristeza.

Estas definiciones básicas permiten saber en qué momento estamos enfrentando un estado de depresión por una pérdida evidente y la persona entra en duelo natural y en qué momento los signos melancólicos entre otros se basan en una disminución de autoestima que se transforma en tristeza (Ávila, 1990 y Pelayo, 2009).

Ávila (1990, p. 42) explica las definiciones que Freud planteó para explicar la dinámica de la Melancolía:

Ambivalencia, la pérdida implica sentimientos de amor (desea continuar con la unión Libido-Objeto) y odio (desea la pérdida del Objeto, e incluso puede ser el causante de la pérdida, desligando Libido de Objeto). El Odio recae sobre su Yo (como sustitución de Objeto) "calumniándolo, humillándolo, haciéndolo sufrir".

Identificación del YO con el objeto: "... El amor por el Objeto es sustituido por la Identificación, la predisposición a la melancolía dependerá en parte del predominio de una elección de objeto de tipo

narcisista. Siendo así se daría la regresión de la carga de objeto a la fase oral de la libido. En conclusión, la melancolía resulta del cruce entre el proceso del duelo y el proceso de la regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo...”

Retroceso a la fase sádica: “...Por influjo de la ambivalencia expresada el odio recae sobre el objeto sustitutivo (el Yo) haciéndolo sufrir y cifrando en ello el goce, goce referido a la venganza hacia el objeto amado, por el cual la melancolía se ofrece como refugio para que el paciente no tenga que exteriorizar su hostilidad. El intento de suicidio es en consecuencia explicable para Freud en el contexto del sadismo, como un retorno de la carga de objeto hacia sí, lo que le hace posible tratarse a sí mismo como objeto. El Yo queda entonces bajo el dominio del Objeto...”

Lo planteado por Freud lo utilizaron los psicoanalistas modernos y ellos planearon la hipótesis sobre la patología del Super-Yo, la patología oral, patología del narcisismo y la baja autoestima como base de la depresión, Ávila (1990).

2. Modelo Cognitivo. Beck (citado por Mendoza, 2001) se basó en el abordaje clínico y experimental que facilitó el desarrollo del modelo y el estilo de terapia, explicando la depresión en tres definiciones:

Triada Cognitiva: Son tres modelos que influyen en la autopercepción de sí mismo, la percepción del futuro y de la propia experiencia, produciéndose una visión negativa y pesimista. Esto provoca que el paciente manifieste signos físicos como desgano, apatía y lo ayuda a adoptar conductas negativas.

Organización Estructural del Pensamiento Depresivo: Toda persona posee pautas cognitivas estables para analizar las situaciones que se presentan, en las personas con depresión los conceptos se distorsionan y se crean patrones inadecuados que incluso se vuelven absorbentes.

Errores en el Procesamiento de Información: Los errores secuenciales en las ideas del paciente con depresión hacen que evalúen sus conceptos negativos y son: La injerencia arbitraria, abstracción selectiva, minimización y maximización, generalización excesiva, personalización e ideas absolutista.

3. Modelo de Procesamiento de Información.

Este enfoque es parte de la forma mental y en lugar de apoyar el enfoque que le da Beck a la influencia de un concepto con el otro (como estímulo la cognición, y la respuesta como emoción); indica que la influencia va en dos direcciones puesto que las emociones también pueden alterar la toma de decisiones y el razonamiento en la memoria, etc.

Modelo Tetradimensional de Depresión de Alonso Fernández

(citado por Pelayo, 2009, p. 29) refiere que “la depresión como estado clínico representa una alteración de la estructura vital, que puede ir introduciéndose simultáneamente en las vertientes psíquica y somática del ser humano, originando así una sintomatología depresiva. Esta alteración puede tener la misma intensidad en ambas vertientes, o bien manifestarse más intensamente en una de ellas...”

Son cuatro dimensiones que conforman la estructura vital: impulsiva, anímica, comunicacional y de los ritmos. El modelo expuesto como tetra dimensional viene a ser la sistematización del cuadro depresivo en base a la alteración de dichas dimensiones.

Alonso Fernández (1998) y Pelayo (2009) detallan la sintomatología depresiva agrupando determinadas características por cada dimensión según el modelo tetra dimensional:

Dimensión I: Humor Depresivo. Consiste en rasgos psicológicos desánimo, pérdida de placer, baja autoestima, sufrimiento por vivir, amargura, sentimientos de culpabilidad y desilusión; aspectos

corporales como cefaleas, rigidez, dolores de espalda, extremidades, pesadez, etc.

Dimensión II: Anergia. Se caracteriza por desmotivación, apatía, aburrimiento, petrificación afectiva. En las características psicológicas están los pensamientos irracionales oscuros y repetitivos, pérdida del deseo sexual, dificultad para concentrarse; los indicadores físicos se caracterizan por falta de expresión gestual y corporal, disminución en actividades se incluye malestares gastrointestinales (estreñimiento, náuseas y vómitos, etc.)

Dimensión III: Discomunicación. Incapacidad para entrar en contacto con el medio, sus características psicológicas son el ensimismamiento del sujeto, presenta dificultades para comprender lo que escucha y lo que ve, presenta actitudes de desconfianza de los demás, en lo físico se presenta descuido en el aspecto personal y a nivel sensorial presenta dificultades.

Dimensión IV: Ritmopatía. Son variaciones en los ritmos humanos, alteraciones del sueño como insomnio, pesadillas y la percepción de no haber dormido y descansado bien. Por el lado psicológico falta e proyectarse al futuro se presentan estancamiento en el pasado; es visible el cambio de emociones en relación a las actividades diarias y el deterioro matutino. En lo fisiológico, los trastornos del apetito aparecen tanto por disminución como por aumento.

Neuroanatomía de la Afectividad:

La misión del cerebro es recibir, interpretar y almacenar información sobre el mundo exterior y sobre el organismo y mandar las órdenes adecuadas para enfrentar a la realidad externa y mantener el equilibrio del medio interno. A través del tiempo estas funciones han ido evolucionando y perfeccionando, adquiriendo los organismos vivos una

creciente capacidad de adaptación al medio y de modificarlo en su proyecto cuya máxima expresión se consigue en el ser humano.

Neuroquímica de la Depresión:

La definición de una alteración en la química orgánica en la depresión es muy antiguo, puede ser por efecto o exceso de elementos normales o por desequilibrio entre ellos o por acumulación de materias tóxicas. Estos mismos conceptos básicos siguen operativos en la actualidad, pero con nuevos y más datos científicos. Aunque el conocimiento no es definitivo, parece cierto, que la depresión puede ser provocada por la disminución de monoaminas en el sistema nervioso central, mientras que su incremento corrige los síntomas en los pacientes afectados.

A. Sinapsis.

B. Neurotransmisores.

1. Catecolaminas.
2. Indolaminas.
3. Acetilcolina.

C. Neuropeptidos.

Depresión.

Es un trastorno del estado de ánimo, donde el paciente sufre disminución de la energía y se reduce la facultad para disfrutar, concentrarse, agradarse, frecuentemente hay cansancio incluso tras un esfuerzo mínimo, desinterés en realizar actividades. Causa pérdida del apetito y el sueño. Se reduce la autoestima y la confianza en uno mismo e incluso en las formas leves, con frecuencia están presentes ideas de inutilidad o culpa. La depresión puede provocar alejarse de los amigos, de la familia, del trabajo.

Indicadores de las Dimensiones que Evalúa

1. Afectivos persistentes:

- Deprimido, triste, melancólico.

- Acceso de llanto.

2. Equivalentes fisiológicos:

- Exageración de síntomas en la mañana, mejorando conforme pasa el día.
- Sueño: despertar temprano o frecuente.
- Apetito: disminución en la ingestión de alimentos.
- Pérdida de peso: asociado con ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado, reposo disminuido.
- Sexuales: libido disminuida.
- Gastrointestinales: constipación.
- Cardiovasculares: taquicardia.
- Musculoesqueléticos: fatiga.

3. Equivalentes psicológicos:

- Agitación psicomotora.
- Retardo psicomotor.
- Confusión.
- Sensación de vacío.
- Desesperanza.
- Indecisión.
- Irritabilidad.
- Disgustos.
- Desvalorización personal.
- Ideas suicidas.

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Existen dos sistemas de clasificación: DSM-IV y CIE-10

• DSM – IV

Trastornos depresivos:

- F3x.x Trastorno depresivo mayor.
- F34.1 Trastorno distímico.
- F32.9 Trastorno depresivo no especificado.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

Especificaciones

Se pueden utilizar las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor actual (o para el episodio depresivo mayor más reciente si en ese momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor):

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total.
- Crónico.
- Con síntomas catatónicos.
- Con síntomas melancólicos.
- Con síntomas atípicos.
- De inicio en el posparto.

CIE – 10

Episodio depresivo

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, la concentración y el interés, es frecuente un cansancio importante, incluso después de realizar esfuerzos mínimos. Generalmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía de un día a otro, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, la agitación y la pérdida de apetito, el marcado retraso psicomotor, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

Incluye: episodios únicos de:

- Depresión psicógena
- Depresión reactiva
- Reacción depresiva

Excluye:

Cuando se asocia con trastornos de la conducta en F91. – (F92.0) t

Trastornos de adaptación (F43.2)

Trastorno depresivo recurrente (F33. –)

F32.0 Episodio depresivo leve

Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

F32.1 Episodio depresivo moderado

Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”. Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión:

- Agitada
- Profunda
- Vital

En los últimos años se ha producido el incremento de la población adulta mayor y llegar a esta etapa involucra una serie de cambios a nivel biológico y psicosocial, que se evidencia por la modificación en el funcionamiento general del cuerpo con ello aparecen las enfermedades crónico degenerativas; en el aspecto psicosocial el adulto mayor experimenta la pérdida del cónyuge y amigos, cambios en el rol dentro de la familia y en la sociedad afectando su autopercepción y autovaloración. Esta disminución del aspecto afectivo implica que la persona adulta mayor se retraiga, se aleje de las funciones y roles que puede desempeñar en la sociedad, provocando una alteración de su bienestar físico y emocional

Adultos Mayores

Se considera adulto mayor a toda persona de 60 años a más, en la cual se inicia un proceso progresivo desfavorable de cambios a nivel fisiológico, anatómico, psicológico y social.

Los adultos mayores se ubican en una etapa donde existe un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, heterogeneidad y hasta el momento inevitable, en el que ocurre

cambios biopsicosociales, las cuales son resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales del estilo de vida y la presencia de enfermedades.

Es la etapa donde tiene la necesidad de adaptarse, según sus experiencias acumuladas. En esta circunstancia la formación toma gran importancia si concuerda con sus expectativas y necesidades personales a sí mismos sus objetivos son claros y concretos, elegidos y valorizados

importancia si va de acuerdo con sus expectativas y necesidades personales a sí mismos sus objetivos son concretos, claros, elegidos y valorizados.

DEPRESION EN ADULTOS MAYORES

La depresión trastorna la vida y causa grandes sufrimientos, un 7% de la población adulta padece de depresión unipolar y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas mayores de 60 años. En las instituciones de atención primaria de salud no existe un buen diagnóstico por ende no existe un buen tratamiento. Con frecuencia la sintomatología no se detecta debido a que se confunde o coinciden con otros síntomas que muestran los ancianos.

Los adultos mayores que padecen depresión su desempeño son más deficientes comparando con adultos mayores que tienen enfermedades crónicas como diabetes, afecciones pulmonares o hipertensión arterial.

Este trastorno aumenta el uso de los servicios de salud y por consiguiente los costos de los servicios de salud.

Los adultos mayores pueden mejorar su salud mental a través de la promoción de costumbres saludables que dependen en gran medida de estrategias que conducen a que los ancianos tengan los recursos necesarios y puedan satisfacer sus necesidades básicas como viviendas adecuadas y apoyo social a las personas con edades más avanzadas

y a los cuidadores, programas sociales y de salud dirigidos a grupos vulnerables, programas de desarrollo comunitario para prevenir y abordar el maltrato de los adultos mayores, etc.

La atención de la salud mental en la comunidad

Para prevenir enfermedades mentales, tratar padecimientos crónicos y mejorar la salud en general de los adultos mayores se debe tener una buena asistencia social y sanitaria por lo que es imprescindible la capacitación al personal de salud que trata los problemas y trastornos de la vejez.

Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM)

Es el espacio Municipal de prestación, coordinación y articulación, intra e interinstitucional, de servicios básicos integrales y multidisciplinarios para el bienestar y promoción social de las personas adultas mayores, en un contexto de cogestión y participación de la persona adulta mayor y de la familia.

El artículo 8° de la Ley N° 28803 - Ley de las Personas Adultas Mayores, dispone la creación de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) en las Municipalidades Provinciales y Distritales del país.

El artículo 6° del Reglamento de la Ley N° 28803, establece que el objetivo de los CIAM es asegurar espacios saludables integrales de socialización, beneficiando a la población adulta mayor y garantizando la inclusión de las personas adultas mayores con discapacidad, así como de las familias que tienen a su cargo personas adultas mayores con dependencia.

Finalidad de los CIAM:

- Favorecer y facilitar, la participación activa, concertada y organizada de las personas adultas mayores y otros actores de la jurisdicción.

- Desarrollar lazos de mutuo conocimiento y amistad.
- Identificar problemas individuales, familiares o locales.
- Combatir y prevenir los problemas de salud más comunes.
- Realizar actividades de carácter recreativo.
- Organizar Talleres de autoestima, de prevención del maltrato, de mantenimiento de las funciones mentales y prevenir enfermedades crónicas.
- Realizar labores de alfabetización.
- Promover talleres de manufactura y habilidades laborales.
- Promover eventos sobre análisis de la problemática local y alternativas de solución.
- Promover un trato diligente, respetuoso y solidario con las personas adultas mayores.
- Proponer soluciones a la problemática de las personas adultas mayores.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Familia: Unidad de parentesco convivencia compuesta por uno o dos padres y sus hijos naturales adoptados o hijastros. Esta se divide en simple cuando hay una pareja sin hijos, nuclear biparental con el padre, madre y uno o más hijos. (Papalia, 2005)

Clima social familiar: Es la atmósfera psicológica donde se detalla las características psicológicas e institucionales de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente” (Moos, 1974).

Relaciones: Es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrado por 3 sub escalas: cohesión, expresividad y conflicto. (Moos, 1974)

Desarrollo: Es la dimensión que evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser permitidos o no por la vida en común. Esta dimensión comprende las sub

escalas de autonomía, actuación, intelectual-cultural y moralidad-religiosidad. (Moos, 1974)

Estabilidad: Proporciona informaciones sobre la organización y estructura de la familia y sobre el nivel de control que ejercen habitualmente unos miembros de la familia sobre otros. Lo forman dos sub-escalas: control y organización. (Moos, 1974)

Adulto Mayor: los adultos mayores son todas las personas sea hombre o mujer que sobrepasen los 60 años de vida, es decir, que están en la etapa de la vejez. (OMS)

Depresión: Es un estado emocional de melancolía, sentimiento de culpa, que conduce a sentir soledad, aislamiento, desmotivación, fatiga y retraso motor. Se puede convertir en trastorno psicótico donde el individuo queda incapacitado para actuar normalmente. Novoa (2002).

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existe relación entre el clima social familiar y la depresión, en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

Ho: No existe relación entre el clima social familiar y la depresión, en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Ha₁: Existe relación entre la dimensión “Relaciones” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

Ho₁: No existe entre la dimensión “Relaciones” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

Ha2: Existe relación entre dimensión “Desarrollo” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

H₀₂: No existe relación entre dimensión “Desarrollo” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

Ha3: Existe relación entre dimensión “Estabilidad” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

H₀₃: No existe relación entre dimensión “Estabilidad” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Clima social familiar

Son las características Psicosociales e Institucionales de un determinado grupo asentado sobre un ambiente Moos (1996),

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE.

Depresión en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

Es un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de culpa. La misma que lleva a sentir soledad, pérdida de motivación, retraso motor y fatiga. Ello puede convertirse en trastorno psicótico donde el individuo se queda incapacitado para actuar normalmente. Novoa (2002).

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
			RESPUESTA AL CUESTIONARIO DE LA ESCALA DEL CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA
VI. CLIMA SOCIAL FAMILIAR	A. Relaciones	Cohesión	1,3,2,4,6,5,7,9,8
		Expresividad	11,10,12,13,15,14,16,18,17,19
		Conflictos	21,20,22,24,23,25,27,26,28,30,29
	B. Desarrollo	Autonomía	32,31,33,35,34,36,38,37,39,40
		Actuación	42,41,45,44,43,46,49,48,47,50
		Intelectual - cultural	51,54,53,52,55,56,58,57,59
		Moralidad - religiosa	61,60,62,63,65,64,68,67,66,69,70
	C. Estabilidad	Organización	72,73,71,74,75,77,76,78,80,79
		Control	81,83,82,84,86,85,87,89,88,90
VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	RESPUESTA AL CUESTIONARIO DE LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION
VD. DEPRESION	Afectivos persistentes	Deprimido	1. Me siento triste decaído. 3. A veces lloro, tengo ganas de llorar.
		Triste	
		Melancólico	
		Acceso de llanto	
	Equivalentes fisiológicos	Exageración de síntomas	2. Estoy mejor por las mañanas.
		Sueño	4. Por las noches me cuesta mucho dormir.
		Apetito disminuido	5. Igual que antes estoy comiendo.
		Pérdida de peso	1. parece que estoy adelgazando
		Libido disminuida	6. Todavía tengo deseos sexuales
		Gastrointestinales	2. Estoy estreñida
Cardiovasculares	3. Mi corazón late más rápido que antes		

		Musculo esquelético	4. Estoy cansándome sin motivo
	Equivalentes psicológicos	Agitación psicomotora	13. No puedo mantenerme quieto, me siento tranquilo.
		Retardo psicomotor	12. Realizo las cosas con la misma facilidad que antes
		Confusión	11. Tengo la mente tan lúcida como siempre
		Sensación de vacío	18. Es agradable vivir
		Desesperanza	14. Confío en el futuro
		Indecisión	16. Me es fácil tomar decisiones.
		Cólera	15. Estoy más colérico que antes
		Disgustos	20. Me agradan las mismas cosas que antes
		Desvalorización personal	17. Noto que soy necesario y útil
		Ideas suicidas	19. Si estuviera muerto creo que sería mejor para los demás.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es Sustantiva explicativa, ya que se define como aquella que trata de responder a los problemas teóricos o sustantivos, (...) está orientada, a describir, explicar y predecir la realidad, con lo cual se va en búsqueda de principios y leyes generales que permitan garantizar una teoría científica. Sánchez y Reyes (1988).

3.1.1. ENFOQUE

El enfoque de la investigación es cuantitativo por que se utiliza la estadística descriptiva e inferencial y a la vez se centra en los aspectos susceptibles. Hernández (2018).

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

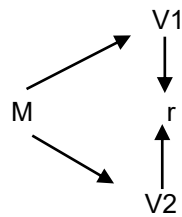
La investigación es de nivel descriptivo en este nivel los estudios buscan identificar características y propiedades importantes de cualquier fenómeno que se analice (Hernández 2006, p.80, 81).

3.1.3. DISEÑO

El diseño es no experimental, se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observaran los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos en su forma de investigación (Hernández, Fernández y Baptista 2006, p. 149)

Según su carácter es descriptivo correlacional porque describen las relaciones entre dos o más categorías, variables o conceptos en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales. Hernández, et al (2006, p. 155)

Cuyo diagrama es el siguiente:



Dónde:

M → Representa a las 68 personas adultas mayores integrantes del Centro Integral de atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis.

V1 → Representa la variable Clima social familiar

V2 → Representa la variable Depresión

r → Representa la relación entre el clima social familiar y la depresión, en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Según Hurtado y Toro (1998), la población es el total de los individuos o elementos a quienes se refiere la investigación, es decir, todos los elementos que vamos a estudiar, por ello también se le llama universo.

La población lo conformaron 68 personas adultas mayores integrantes del Centro Integral de atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis.

3.2.2. MUESTRA

Según Hurtado y Toro (1998) El muestreo no probabilístico es una técnica de muestreo donde las muestras se recogen en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados.

La muestra lo conformaron 68 personas adultas mayores siendo 22 varones y 46 mujeres, que pertenecen al programa del Centro Integral de atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis quienes son la totalidad de adultos mayores inscritos en el programa.

Criterios de Inclusión

Adultos mayores registrados en el padrón del CIAM Amarilis

Adultos mayores que asistieron el día de la evaluación

Sin enfermedad mental o psiquiátrica

Que firmen el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

Adultos mayores que no están registrados en el padrón del CIAM Amarilis

Adultos mayores que no asistieron el día de la evaluación

Adultos mayores con alguna enfermedad mental

Que no firmen el consentimiento informado.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Variable	Técnica	Tipo	Instrumento	Autor
Clima social familiar	Psicometría	Cuestionario	Escala de Clima Social en la Familia.	R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett.
Depresión en adulto mayor	Psicometría	Cuestionario	Cuestionario de depresión	William W. K. Zung

FICHA TÉCNICA.

Nombre: Escala de Clima Social en la Familia.

Autores: R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett.

Adaptación española: Sección de Estudios de TEA Ediciones, S.A., CES: Fernández-Ballesteros, R. y Sierra, B., de la Universidad Autónoma de Madrid, 1984.

Aplicación: Individual y Colectiva, adolescentes y adultos.

Duración: 20 minutos aproximadamente

Finalidad: Evaluación de las características socio ambientales y relaciones personales en la familia, se evalúan los siguientes aspectos:

- Dimensión Relaciones: Cohesión, Expresividad y Conflicto.
- Dimensión Desarrollo: Autonomía, Actuación, Intelectual-Cultural, Social- Recreativo y Moralidad-Religiosidad.
- Dimensión Estabilidad: Organización y Control.

Material: Manual, Protocolo, Hoja de respuestas.

FICHA TÉCNICA.

Nombre: Escala de Clima Social en la Familia.

Autor: William W. K. Zung

Aplicación: Individual y Colectiva, adolescentes y adultos.

Duración: 20 minutos aproximadamente

Finalidad: Tiene el objetivo de medir de manera cuantitativa la depresión.

Identifica:

- Ausencia de depresión
- Depresión leve
- Depresión moderada
- Depresión grave

Material: Manual, Protocolo, Hoja de respuestas.

3.3.2. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

El Instrumento para la Variable Clima Social Familiar:

Para recoger información para la variable independiente se aplicó la Escala de Clima Social Familiar de Moos. Está estructurado en un cuestionario que consta de 90 ítems, definida con la escala de valoración, analiza las interrelaciones personales en familia y las características socio ambientales; fue estandarizada en 2007, utilizándose el coeficiente de "Alfa de Cronbach" en donde la consistencia interna de los coeficientes de confiabilidad va de 0 a 1, resultando con Alfa = 0,9977 que significa confiabilidad alta, dándose valor de inadecuado de 0-54 y de 55 como adecuado. La muestra fue de 70 adolescentes con 14 años de edad en promedio. Moos. y Trickett. (1984).

El Instrumentos para la Variable Depresión.

La Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung, para la variable dependiente.

Está estructurado a modo de cuestionario que consta de 20 preguntas en cada una de ellas definidas según su categorización. Las escalas de Autoevaluación de la depresión sirven para diagnosticar los síntomas e índices de cada una de ellas, con una considerable validez y la alta correlación (...) En Zung: assessmet of anxiety disorder. Qualitative and quantitative approach. (1971) Cuantificó los signos y síntomas depresivos en pacientes que tenían enfermedades psiquiátricas y con diagnósticos primarios de enfermedades orgánicas y pacientes que manifestaban síntomas físicos, sin base orgánica.

3.3.3. PARA LA PRESENTACIÓN.

Para presentar los datos se emplea cuadros y gráficos estadísticos como tablas de frecuencia, estadígrafos como promedio, varianza, moda, gráficos porcentuales y de frecuencias.

Para procesar los datos se empleó el software de Excel y el programa SPSS 26.

La prueba de hipótesis fue mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson:

$$r = \frac{n \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

De dicha prueba estadística, a través del valor de “r” de dicha prueba se determina el tipo de correlación que existe entre las variables determinas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

Tabla 1: Edad del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

Edad (años)	f1	%
63 – 71	21	30.9
72 – 79	28	41.2
80 - 89	19	27.9
Total	68	100.00

Fuente: Escala de Autoedición Zung.
Elaboración: Propia

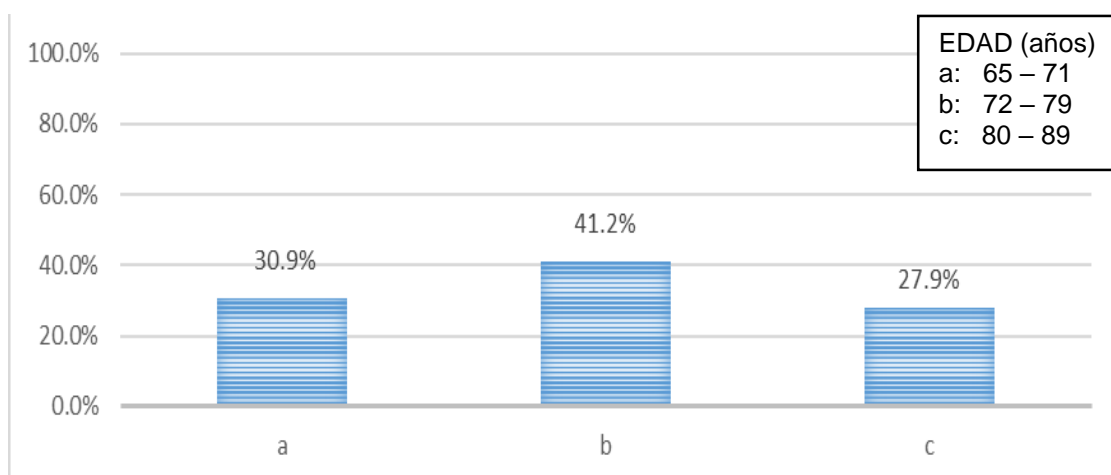


Gráfico 1: Edad del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

Fuente: Propia

Interpretación:

La Tabla 1 y Gráfico 1; muestra que, el 41.2% (28) de adultos mayores estudiados presentaron edades entre 72 y 79 años, el 30.9% (21) entre 63 a 71 años y, el 27.9% (19) entre 80 a 89 años.

Tabla 2: Sexo del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

SEXO	f1	%
Masculino	22	32.4
Femenino	46	67.6
TOTAL	68	100

Fuente: Escala de Autoedición Zung.
Elaboración: Propia

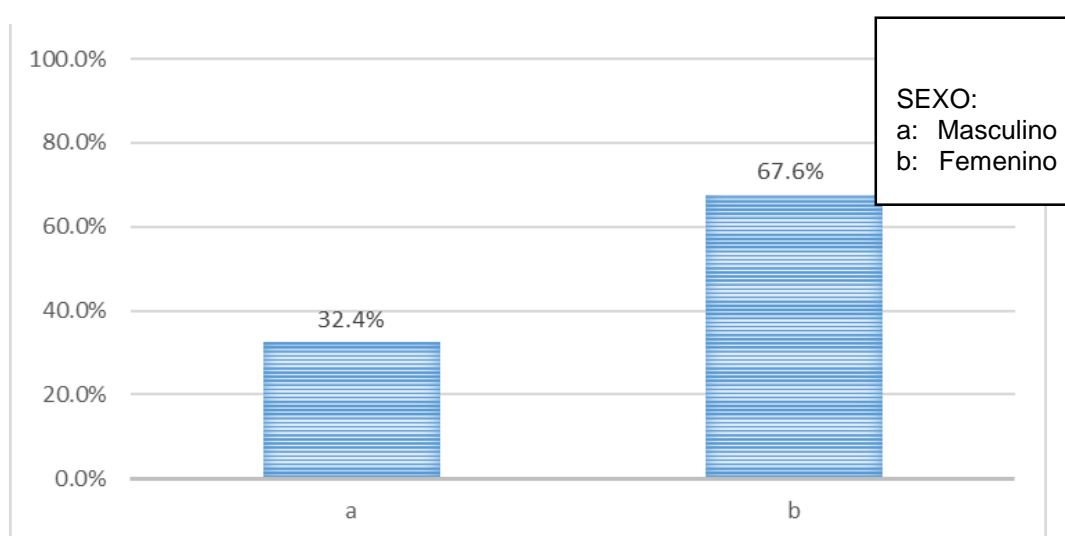


Gráfico 2: Sexo del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019

Fuente: Propia

Interpretación:

La Tabla 2 y Gráfico 2; indican que, el 67.6% (46) de adultos mayores estudiados pertenecen al sexo femenino y, el 32.4% (22) al sexo masculino.

Tabla 3: Religión del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

RELIGION	f1	%
Católico	42	61.8
Evangélico	26	38.2
TOTAL	68	100

Fuente: Escala de Autoedición Zung.
Elaboración: Propia

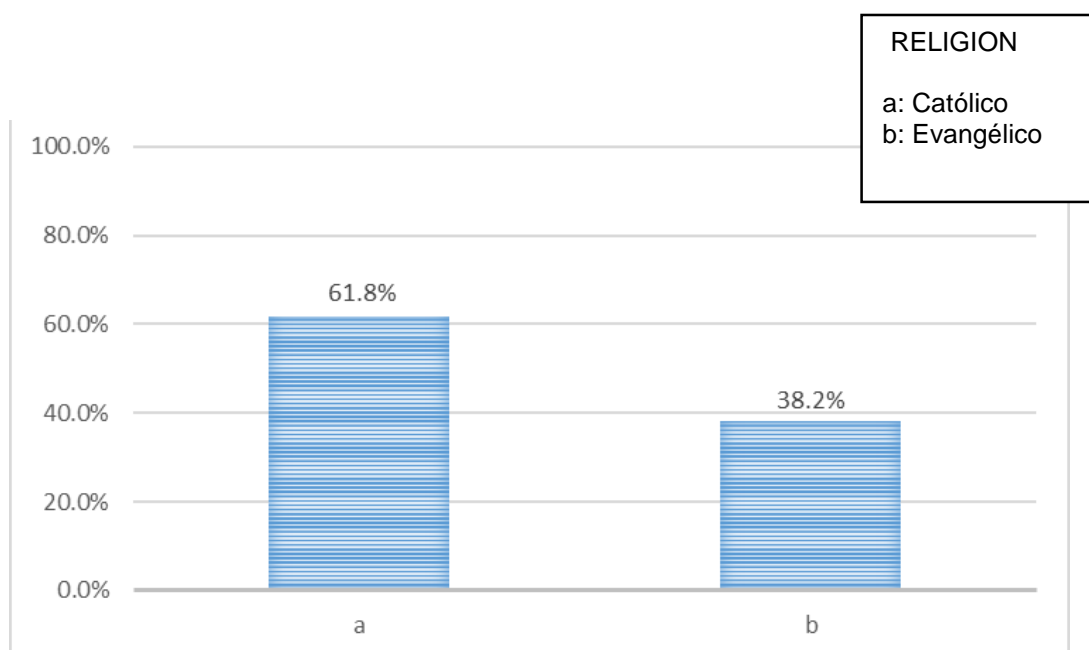


Gráfico 3: Religión del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019

Fuente: Propia

Interpretación:

La Tabla 3 y Gráfico 3; señalan que, el 61.8% (42) de adultos mayores estudiados pertenecen a la religión católico y, el 38.2% (26) a la religión evangélico.

Tabla 4: Grado de Instrucción del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	f1	%
Primaria	27	39.7
Secundaria	2	2.9
Analfabeto (a)	39	57.4
TOTAL	68	100

Fuente: Escala de Autoedición Zung.
Elaboración: Propia

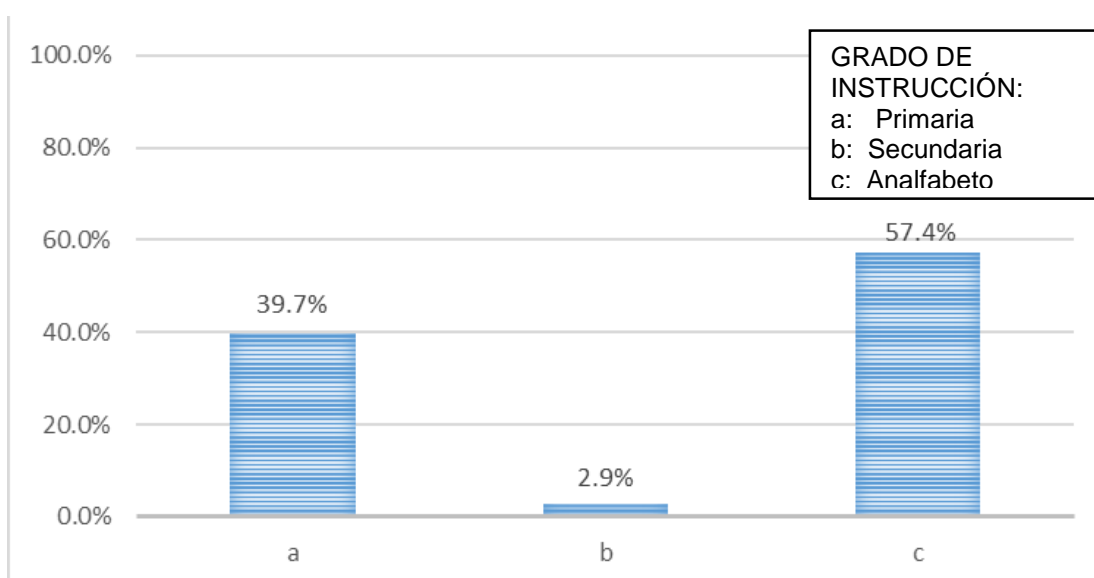


Gráfico 4: Grado de Instrucción del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

Fuente: Propia

Interpretación:

La Tabla 4 y Gráfico 4; muestra que, el 57.4% (39) de adultos mayores estudiados presentan el grado de instrucción analfabeto (a), el 39.7% (27) el grado de instrucción primaria y, el 2.9% (2) secundaria.

Tabla 5: Estado civil del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

ESTADO CIVIL	f1	%
Soltero (a)	3	4.4
Casado (a)	25	36.8
Conviviente	6	8.8
Viudo (a)	25	36.8
Divorciado (a)	9	13.2
TOTAL	68	100

Fuente: Escala de Autoedición Zung.
Elaboración: Propia

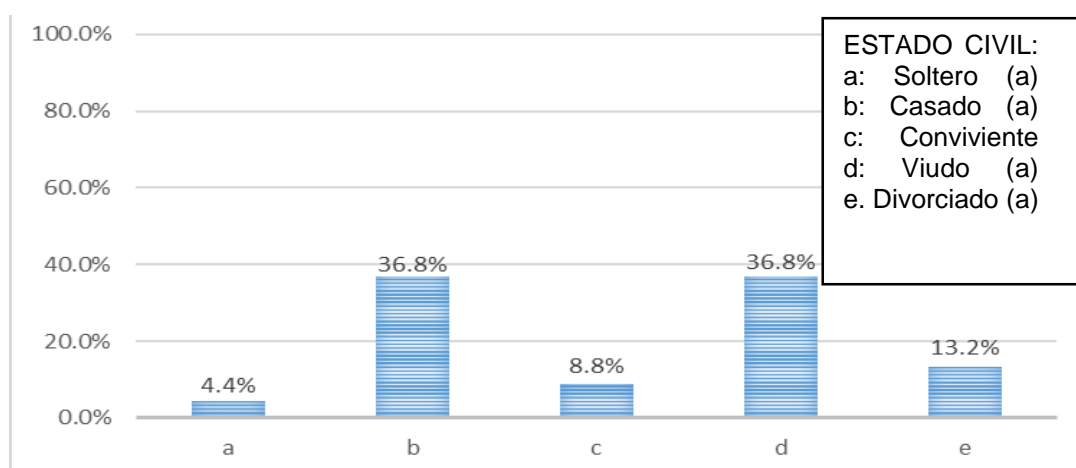


Gráfico 5: Estado civil del Adulto Mayor del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

Fuente: Propia

Interpretación:

La Tabla 5 y Gráfico 5; indican que, el 36.8% (25) de adultos mayores estudiados pertenecen al estado civil casado (a), el 36.8% (25) viudo, el 13.2% (9) al estado divorciado (a), el 8.8% (6) al estado conviviente y, el 4.4% (3) al estado soltero.

Tabla 6: Relación significativa en la dimensión “Relaciones” y la depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

RELACIONES	DEPRESION									
	LEVE		MODERADO		SEVERA		SIN DEPRESION		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adecuada	12	17.6	17	25	0	0	4	5.9	33	48.5
Inadecuada	12	17.6	18	26.5	0	0	5	7.4	35	51.5
TOTAL	24	35.3	35	51.5	0	0	9	13.2	68	100

Fuente: Test de Moos y Escala de Autoedición Zung.

Elaboración: Propia

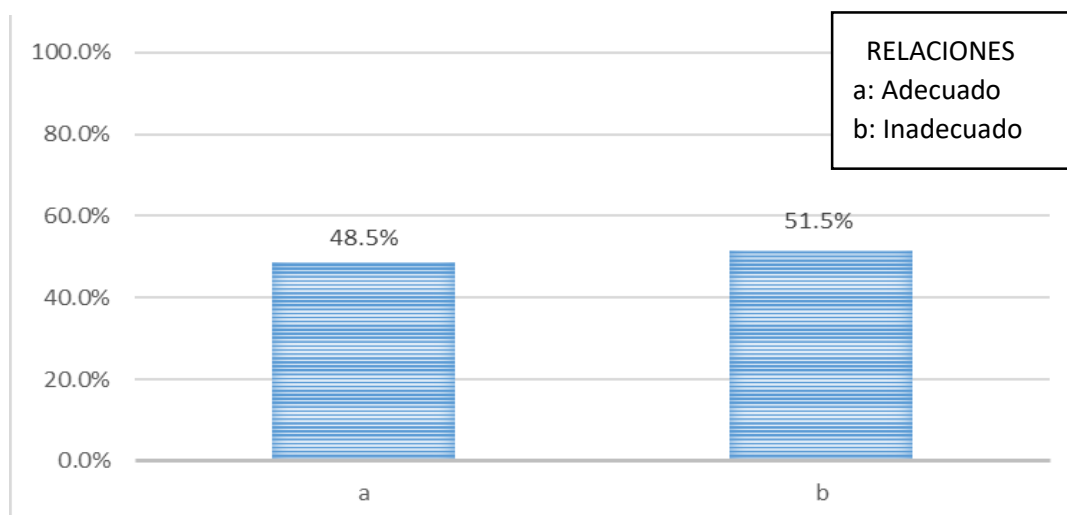


Gráfico 6: Dimensión “Relaciones” en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

Fuente: Propia

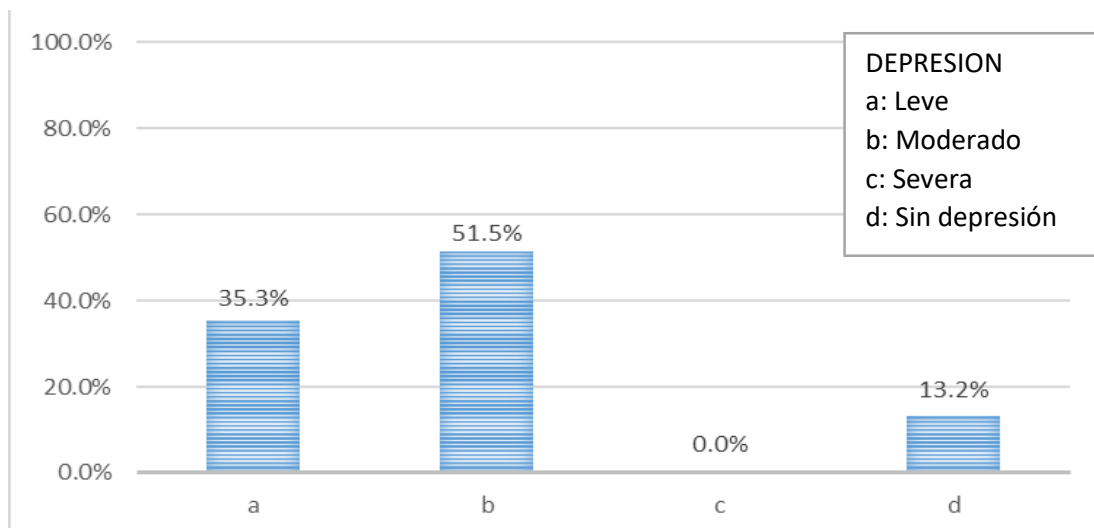


Gráfico 7: Depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

Fuente: Propia

Interpretación:

En la Tabla 6, Gráfico 6 y 7; se observan que, el 51.5% (35) de adultos mayores estudiados presentaron un clima social familiar inadecuada en la dimensión relaciones y, el 48.5% (33) adecuada. De los cuales, el 51.5% (35) presentaron una depresión moderada, el 35.3% (24) depresión leve y, el 13.2% (9) no presentaron depresión.

Tabla 7: Relación significativa en la dimensión “Desarrollo” y la depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

DESARROLLO	DEPRESION								TOTAL	
	LEVE		MODERADO		SEVERA		SIN DEPRESION		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
Adecuada	3	4.4	4	5.9	0	0	1	1.5	8	11.8
Inadecuada	21	30.9	31	45.6	0	0	8	11.8	60	88.2
TOTAL	24	35.3	35	51.5	0	0	9	13.2	68	100

Fuente: Escala de Autoedición Zung – Test de Moos.
Elaboración: Propia

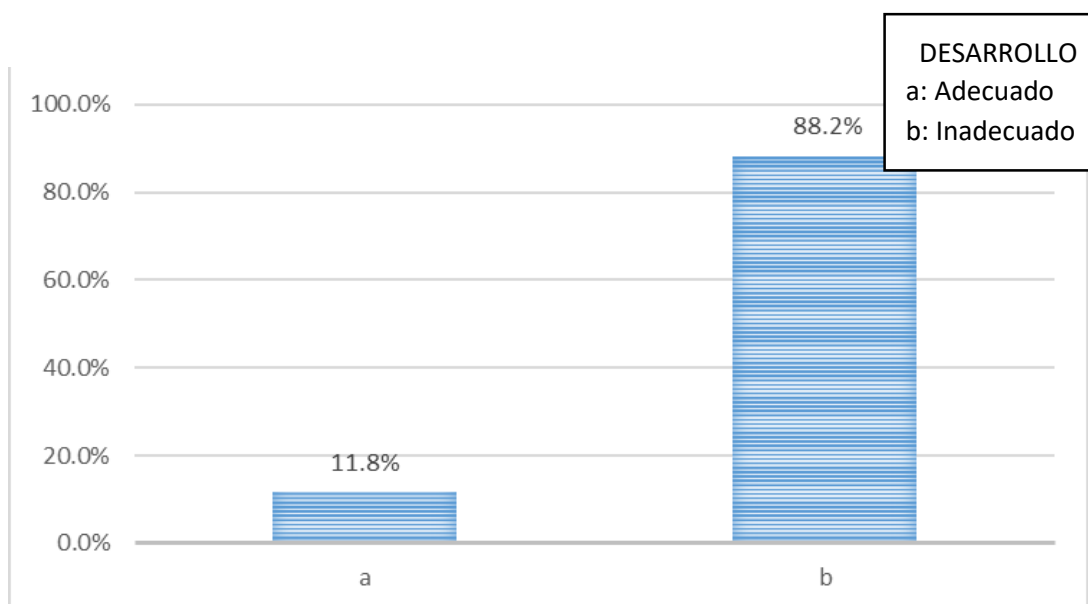


Gráfico 8: Dimensión “Desarrollo” en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

Fuente: Propia

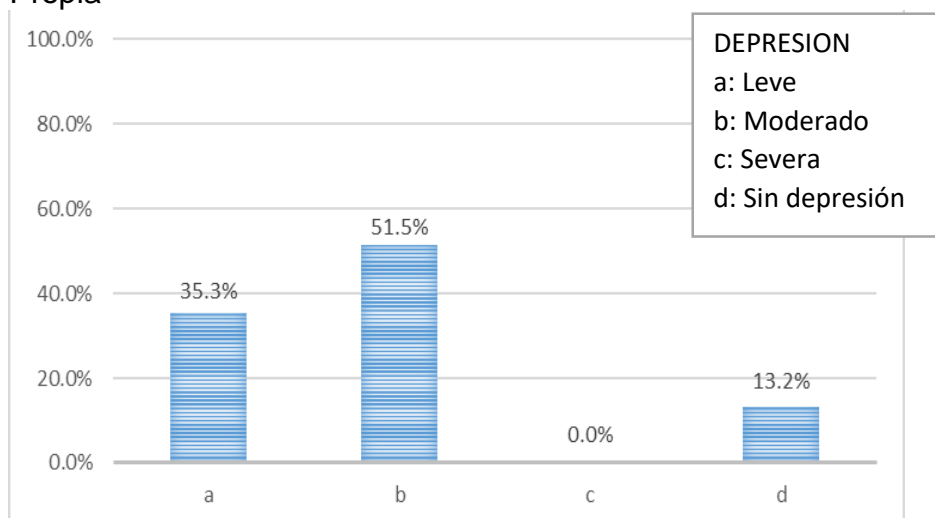


Gráfico 9: Depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019

Fuente: Propia

Interpretación:

La Tabla 7, Gráfico 8 y 9; se observan que, el 88.2% (60) de adultos mayores estudiados presentaron un clima social familiar adecuada en la dimensión desarrollo y, el 11.8% (8) adecuada. De los cuales, el 51.5% (35) presentaron una depresión moderada, el 35.3% (24) depresión leve y, el 13.2% (9) no presentaron depresión.

Tabla 8: Relación significativa en la dimensión “Estabilidad” y la depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

ESTABILIDAD	DEPRESION									
	LEVE		MODERADO		SEVERA		SIN DEPRESION		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adecuada	23	33.8	33	48.5	0	0	8	11.8	64	94.1
Inadecuada	1	1.5	2	2.9	0	0	1	1.5	4	5.9
TOTAL	24	35.3	35	51.5	0	0	9	13.2	68	100

Fuente: Escala de Autoedición Zung - Test de Moos.
Elaboración: Propia

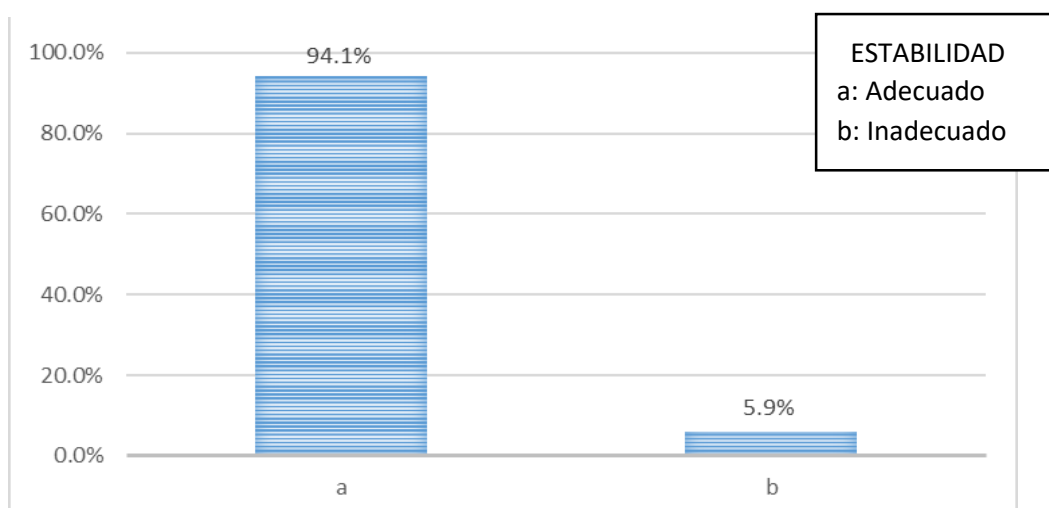


Gráfico 10: Dimensión “Estabilidad” en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

Fuente: Propia

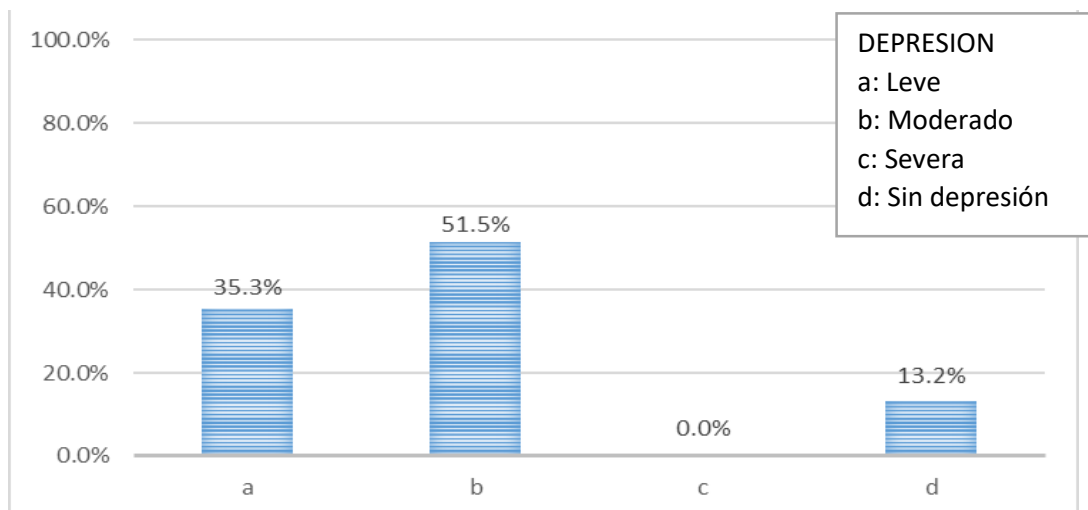


Gráfico 11: Depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

Fuente: Propia

Interpretación:

La Tabla 8 y GRÁFICO 10 y 11; se observan que, el 94.1% (64) de adultos mayores estudiados presentaron un clima social familiar adecuada en la dimensión estabilidad y, el 5.9% (4) inadecuada. De los cuales, el 51.5% (35) presentaron una depresión moderada, el 35.3% (24) depresión leve y, el 13.2% (9) no presentaron depresión.

Tabla 9 Relación que existe entre el clima social familiar y la depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

CLIMA SOCIAL FAMILIAR	DEPRESION								TOTAL	
	LEVE		MODERADO		SEVERA		SIN DEPRESION			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adecuada	12	17.6	18	26.5	0	0	5	7.4	35	51.5
Inadecuada	12	17.6	17	25	0	0	4	5.9	33	48.5
TOTAL	24	35.3	35	51.5	0	0	9	13.2	68	100

Fuente: Escala de Autoedición Zung - Test de Moos.
Elaboración: Propia

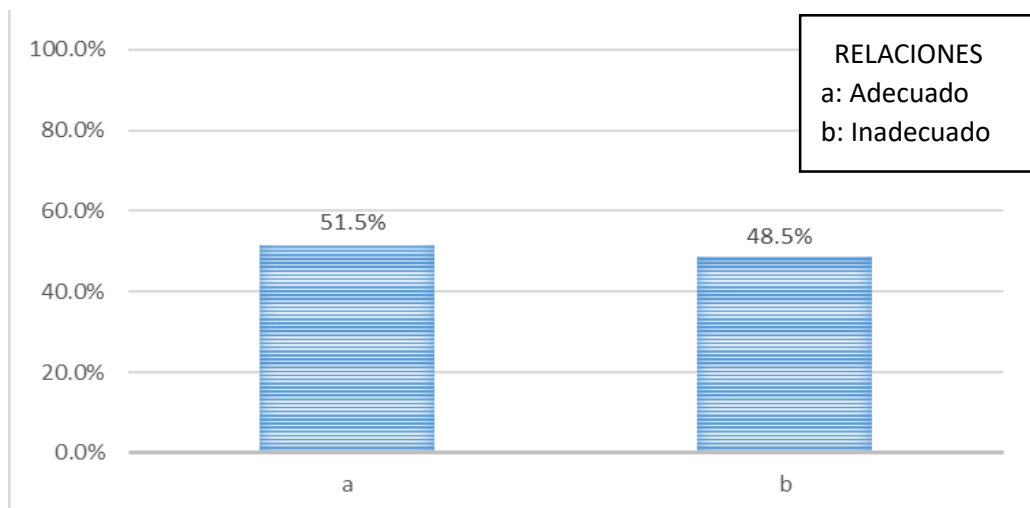


Gráfico 12: Clima social familiar en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

Fuente: Propia

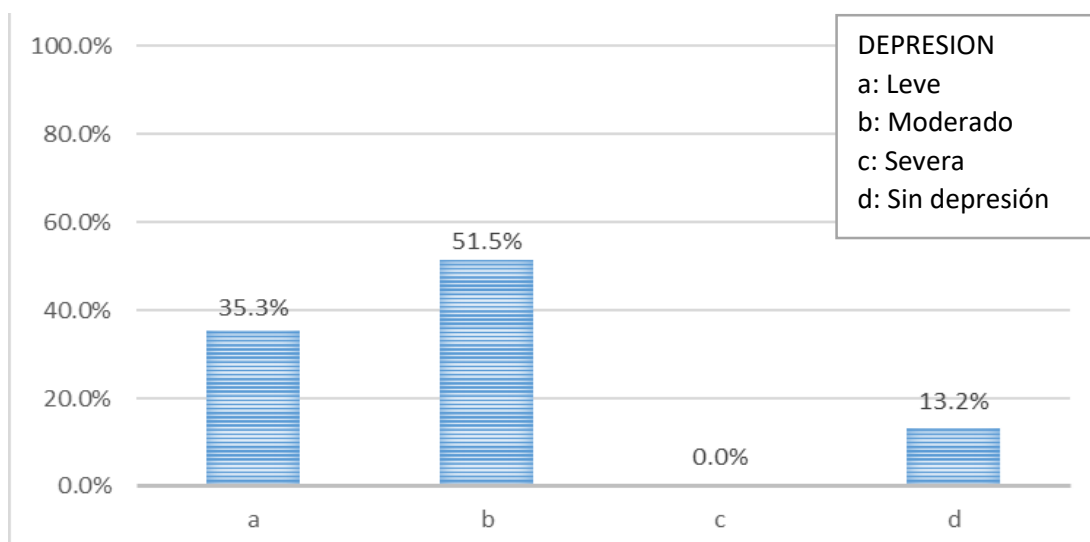


Gráfico 13: Clima social familiar en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

Fuente: Propia

Interpretación:

La Tabla 9, Gráfico 12 y 13; se observan que, un promedio porcentual de 51.5% (35) de adultos mayores estudiados presentaron adecuado clima social familiar y, el 48.5 (33) inadecuado clima social. Por tanto, el 51.5% (35) de adultos mayores presentaron una depresión moderada, el 35.3% (24) un nivel de depresión leve y, el 13.2% (9) no presentaron depresión.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBAS DE HIPÓTESIS.

Contrastación y pruebas de hipótesis según la estadística no paramétrica de la significancia del chi cuadrado:

$$\chi^2_{\Sigma} = \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Prueba General:

Hi: Existe relación entre el clima social familiar y la depresión, en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

Ho: No existe relación entre el clima social familiar y la depresión, en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

CLIMA SOCIAL FAMILIAR	DEPRESION				TOTAL
	LEVE	MODERADO	SEVERO	SIN DEPRESION	
Adecuado	12	18	0	5	35
Inadecuado	12	17	0	4	33
TOTAL	24	35	0	9	68

La tabla corresponde a 2 x 4 (2-1=1) (4-1=3)=3 grados de libertad a alfa α^2 c=0.05 (7.82)=Fo

Para obtener la frecuencia esperada se realizó el siguiente cálculo:

$$\frac{24 \times 35}{68} = 12.4 \quad \frac{35 \times 35}{68} = 18.8 \quad \frac{0 \times 35}{68} = 0 \quad \frac{9 \times 35}{68} = 4.6$$

$$\frac{24 \times 33}{68} = 11.6 \quad \frac{35 \times 33}{68} = 16.9 \quad \frac{0 \times 33}{68} = 0 \quad \frac{9 \times 33}{68} = 4.4$$

Reemplazando la formula tenemos:

$$\chi^2 = \frac{(12-12.4)^2}{12.4} + \frac{(12-11.6)^2}{11.6} + \frac{(18-18)^2}{18} + \frac{(17-16.9)^2}{16.9} + \frac{(0-0)^2}{0} + \frac{(0-0)^2}{0} + \frac{(5-4.6)^2}{4.6} + \frac{(4-4.4)^2}{4.4}$$

$$\chi^2 = 0.01 + 0.001 + 0 + 0 + 0.03 + 0.04$$

$$\chi^2 = 0.09 \text{ (Fe)}$$

Por tanto: $\chi^2_{c=0.05} < \chi^2 = 0.09$ entonces se rechaza el H_0 , y se acepta la H_1 , que afirma: existe relación entre el clima social familiar y la depresión en los Adultos Mayores del CIAM – Municipalidad de Amarilis 2019.

Pruebas Específicos:

H_1 : Existe relación entre la dimensión “Relaciones” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

H_0 : No existe relación entre la dimensión “Relaciones” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

RELACIONES	DEPRESION				TOTAL
	LEVE	MODERADO	SEVERO	SIN DEPRESION	
Adecuado	12	17	0	5	33
Inadecuado	12	18	0	4	35
TOTAL	24	35	0	9	68

La tabla corresponde a 2×4 ($2 - 1 = 1(4 - 1 = 3) = 3$ grados de libertad a alfa $\chi^2_{c=0.05} (7.82) = F_0$

Para obtener la frecuencia esperada se realizó el siguiente cálculo:

$$\frac{24 \times 33}{68} = 11.6 \quad \frac{35 \times 33}{68} = 16.9 \quad \frac{0 \times 33}{68} = 0 \quad \frac{9 \times 33}{68} = 4.4$$

$$\frac{24 \times 35}{68} = 12.4 \quad \frac{35 \times 35}{68} = 18.0 \quad \frac{0 \times 35}{68} = 0 \quad \frac{9 \times 35}{68} = 4.6$$

Reemplazando la formula tenemos:

$$x^2 = \frac{(12 - 11.6)^2}{11.6} + \frac{(12 - 12.4)^2}{12.4} + \frac{(17 - 16.9)^2}{16.9} + \frac{(18 - 18)^2}{18} +$$

$$\frac{(0 - 0)^2}{0} + \frac{(0 - 0)^2}{0} + \frac{(4 - 4.4)^2}{4.4} + \frac{(5 - 4.6)^2}{4.6} +$$

$$x^2 = 0.01 + 0.01 + 0.001 + 0 + 0 + 0.04 + 0.03$$

$$x^2 = 0.09 (Fe)$$

Por tanto: $x^2_c = 0.05 < x^2 = 0.09$ se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 , que afirma: Existe relación entre la dimensión “Relaciones” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019

H₂: Existe relación entre dimensión “Desarrollo” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

H₀: No existe relación entre dimensión “Desarrollo” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

DESARROLLO	DEPRESION				TOTAL
	LEVE	MODERADO	SEVERO	SIN DEPRESION	
Adecuado	3	4	0	1	8
Inadecuado	21	31	0	8	60
TOTAL	24	35	0	9	68

La tabla corresponde a 2×4 ($2 - 1 = 1$)($4 - 1 = 3$) = 3 grados de libertad a alfa $x^2_c = 0.05$ (7.82) = F_0

Para obtener la frecuencia esperada se realizó el siguiente cálculo:

$$\frac{24 \times 8}{68} = 2.8 \quad \frac{35 \times 8}{68} = 4.1 \quad \frac{0 \times 8}{68} = 0 \quad \frac{9 \times 8}{68} = 1.1$$

$$\frac{24 \times 60}{68} = 21.2 \quad \frac{35 \times 60}{68} = 30.9 \quad \frac{0 \times 60}{68} = 0 \quad \frac{9 \times 60}{68} = 7.9$$

Reemplazando la formula tenemos:

$$x^2 = \frac{(3 - 2.8)^2}{2.8} + \frac{(21 - 21.2)^2}{21.2} + \frac{(4 - 4.1)^2}{4.1} + \frac{(31 - 30.9)^2}{30.9}$$

$$\frac{(0 - 0)^2}{0} + \frac{(0 - 0)^2}{0} + \frac{(1 - 1.1)^2}{1.1} + \frac{(8 - 7.9)^2}{7.9}$$

$$x^2 = 0.01 + 0.002 + 0.002 + 0.0003 + 0 + 0 + 0.01 + 0.001$$

$$x^2 = 0.03 (Fe)$$

Por tanto: $x^2_c = 0.05 > x^2 = 0.03$ entonces se rechaza la H_2 y se acepta la H_0 , que afirma: No existe relación entre dimensión “Desarrollo” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

H₃: Existe relación significativa entre dimensión “Estabilidad” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

H₀: No existe relación significativa entre dimensión “Estabilidad” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

ESTABILIDA D	DEPRESION				TOTAL
	LEVE	MODERADO	SEVERO	SIN DEPRESION	
Adecuado	23	33	0	8	64
Inadecuado	1	2	0	1	4
TOTAL	24	35	0	9	68

La tabla corresponde a 2×4 ($2 - 1 = 1$)($4 - 1 = 3$) = 3 grados de libertad a alfa $\alpha = 0.05$ (7.82) = F_0

Para obtener la frecuencia esperada se realizó el siguiente cálculo:

$$\frac{24 \times 64}{68} = 22.6 \quad \frac{35 \times 64}{68} = 32.9 \quad \frac{0 \times 64}{68} = 0 \quad \frac{9 \times 64}{68} = 8.5$$

$$\frac{24 \times 4}{68} = 1.4 \quad \frac{35 \times 4}{68} = 2.1 \quad \frac{0 \times 4}{68} = 0 \quad \frac{9 \times 4}{68} = 0.5$$

Reemplazando la formula tenemos:

$$x^2 = \frac{(23 - 22.6)^2}{22.6} + \frac{(1 - 1.4)^2}{1.4} + \frac{(33 - 32.9)^2}{32.9} + \frac{(2 - 2.1)^2}{2.1}$$

$$\frac{(0 - 0)^2}{0} + \frac{(0 - 0)^2}{0} + \frac{(8 - 8.5)^2}{8.5} + \frac{(1 - 0.5)^2}{0.5}$$

$$x^2 = 0.01 + 0.11 + 0.0003 + 0.005 + 0 + 0 + 0.03 + 0.5$$

$$x^2 = 0.66 (Fe)$$

Por tanto: $\alpha = 0.05 < x^2 = 0.66$ entonces se acepta la H_3 y se rechaza la H_0 , que afirma: Existe relación significativa entre dimensión "Estabilidad" y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Contrastando los resultados a través de la prueba de hipótesis se obtuvo que existe relación entre el clima social familiar y la depresión en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019 con el resultado ($x^2_c = 0.05 < x^2 = 0.09$). Al respecto, La Cruz (1998) afirma que el clima socio familiar tiene influencia definitiva en la personalidad, el trato entre los miembros de la familia determina afectos, modos de ser y actitudes que se va interiorizando así desde el momento del nacimiento un clima familiar positivo favorece el correcto y feliz desarrollo de sus miembros, un clima negativo con modelos inadecuados promueve conductas desadaptativas con deficiencias afectivas significativas. La familia es la principal fuente socializadora porque es el transmisor más importante de actitudes, conocimientos, hábitos, valores y roles que se transmiten a través de las generaciones.

Silva, Vivar (2015), Cuaresma, Medina, Salvatierra (2019) y Licas (2015) concluyeron que los factores vinculados a la depresión en el adulto mayor son pérdida de roles, falta de apoyo emocional, procesos de duelo no resueltos, estado de dependencia, esquemas disfuncionales. Según la percepción de los entrevistados tener un amigo es un referente para internalizar de manera positiva los cambios propios de esta etapa, un amigo es un gran apoyo emocional y disminuye el sentimiento de soledad. La necesidad de hacer amigos, socializar, reír y actitud positiva está presente en el grupo sin depresión. Asimismo, Ramirez, Díaz y Gómez (2019) muestran que es posible combatir los factores de depresión si tienen el apoyo de sus familiares y personas cercanas esto como resultado que tuvo su investigación al investigar la relación entre la depresión y la ayuda social en los adultos mayores.

Los resultados muestran que el 71.2% de adultos mayores tienen edades entre 65 a 79 años, el 67.6% son de sexo femenino, el 61.8% pertenecen a la religión católica, el 57.4% son analfabetos (as), el 36.8% son

casados (as), con el mismo porcentaje son viudos (as). Teniendo similitud con Suquilanda (2017) su investigación tuvo la finalidad de establecer los factores biológicos, sociales y familiares en el adulto mayor con depresión. El porcentaje de depresión fue de 61,1% y los factores que influyeron en la depresión fueron la escasa instrucción y la disfuncionalidad familiar. Concluyendo que existe un elevado nivel de depresión, abordar el tema de manera integral es importante considerando los factores psicosociales de los adultos mayores con riesgo de depresión.

Asimismo, Tinco (2017) en su investigación los resultados indican que los participantes de sexo masculino tienen 28% en comparación con el sexo femenino que presentan nivel alto con 47%. El 40% de los participantes que no tienen alguna enfermedad presentan más soledad y 7% de los que sí padecen alguna enfermedad. El 34% de los participantes tienen nivel de soledad alto, el 32% nivel de soledad media y el 34% nivel de soledad bajo. Concluyendo que la familia debe ser el primer grupo de apoyo emocional para reducir el nivel de soledad en el adulto mayor y evitar la depresión. Novoa (2002) lo describe a la depresión como un estado emocional de decaimiento, tristeza, sentimiento de culpa e indignidad. Que conduce a sentir soledad, desmotivación, fatiga, retraso motor. Se puede convertir en trastorno psicótico donde el individuo se queda incapacitado para actuar normalmente.

El 51.5% de adultos mayores con estudios presentaron inadecuado clima social familiar en la dimensión "Relaciones"; así como el 88.2% presentaron inadecuado clima social familiar en la dimensión "Desarrollo"; de los cuales, un 51.5% presentaron depresión moderada y el 35.3% depresión leve.

Coincidiendo con la investigación de Blas, Esteban, Verde (2017) que los resultados de su investigación indican relación entre el clima socio-familiar y la autoestima siendo positiva y significativa, correlación entre el clima socio-familiar en la dimensión relaciones, desarrollo y estabilidad y la autoestima llegando a la conclusión que existe correlación significativa, alta y positiva entre el clima socio-familiar y la autoestima en pacientes adultos mayores con

diabetes Mellitus Tipo II que asisten al Metropolitano CAP III EsSalud de Huánuco.

El 94.1% de adultos mayores estudiados presentaron adecuado clima social familiar en la dimensión “Estabilidad”; de los cuales, un 51.5% presentaron depresión moderada y el 35.3% depresión leve. Coincidiendo con Ibañez (2015) que llegó a concluir que existe relación significativa entre la dimensión estabilidad y la depresión y confirma que el clima social familiar tiene influencia en la depresión.

Los resultados tienen similitud con la investigación de Gómez, Herrera y Gonzales (2016) que realizaron su investigación con los participantes del programa del adulto mayor del Hospital Santa Isabel El Porvenir para establecer la relación del clima social y la depresión y que llegaron a concluir que si existe relación entre las dos variables, se evidencia que la familia juega un rol de suma importancia en las relaciones socioafectivas, en el bienestar psicológico y una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES

1. Los adultos mayores, un porcentaje de 71.2% presentaron edades entre 65 a 79 años, el 67.6% son de sexo femenino, el 61.8% pertenecen a la religión católica, el 57.4% son analfabetos (as), el 36.8% son casados (as), con el mismo porcentaje son viudos (as).
2. Dando consistencia al estudio, un porcentaje de 51.5% de adultos mayores estudiados presentaron inadecuado clima social familiar en la dimensión "Relaciones"; de los cuales, un 51.5% presentaron depresión moderada y el 35.3% depresión leve.
3. Considerando el estudio, un porcentaje de 88.2% de adultos mayores estudiados mostraron inadecuado clima social familiar en la dimensión "Desarrollo" y un 11.8% adecuado de los cuales, un 51.5% presentaron depresión moderada y el 35.3% depresión leve.
4. Según la representatividad del estudio, un porcentaje de 94.1% de adultos mayores estudiados mostraron adecuado clima social familiar en la dimensión "Estabilidad"; y el 5.9% inadecuado de los cuales, un 51.5% presentaron depresión moderada y el 35.3% depresión leve.
5. A través de la amplitud del estudio, un porcentaje promedio general de 51.5% de adultos mayores estudiados y evaluados presentaron adecuado clima social familiar y, 48.5% inadecuado, de la misma forma un 51.5% presentaron depresión moderada y el 35.3% depresión leve, 0% depresión severa y 13.2% sin depresión.
6. Según la contrastación del estudio, se obtuvo el resultado de que: existe relación entre el clima social familiar y la depresión en los asistentes del Centro Integral de Atención al adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de amarilis.

RECOMENDACIONES

- Los profesionales de la Salud Mental debemos proponer alternativas de solución para prevenir la depresión en los adultos mayores, por ser un problema relevante para la sociedad, el contribuir a revertir y a transformar esta negativa realidad.
- Los profesionales de la Salud Mental debemos plantear la oportuna atención a través de programas de promoción y prevención a las familias que cohabitan con personas de la tercera edad enfatizando en los más vulnerables.
- Generar conocimientos en la familia para comprender mejor los problemas que dañan la Salud Mental en los adultos mayores, a partir de ello proponer estrategias y soluciones con la prevención y control sobre la depresión.
- Los responsables del programa del Centro Integral de Atención al adulto mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis deben tener en cuenta las conclusiones de la presente investigación con la finalidad de seguir mejorando las estrategias en la atención del adulto mayor con depresión para incrementar la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ángel Valdés (2007) Familia y Desarrollo México: Manual Moderno
- Amparo Belloch, Manual de Psicopatología
- Buela, G., Sierra, J (2004) Manual de Evaluación y Tratamiento Psicológico, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cuaresma, Medina, Salvatierra (2019) Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes – Programa de diabetes en un Hospital del MINSA – Junio-agosto 2018. (Tesis de Licenciatura) Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima
- Blas, Esteban, Verde (2017) Clima socio – familiar y autoestima en pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, que asisten al Metropolitano CAP III-ESSALUD, Huánuco, 2017. (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.
- Campoverde (2016) Tesis relación entre el clima social familiar y depresión en adultos mayores CAM – Piura, 2015. (Tesis de licenciatura) Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Perú.
- Cruz, H. (2014). Municipio en el Perú. Recuperado de <http://www.heliocruz.pe/2014/07/municipio-en-el-peru.html>
- Gómez, Herrera y Gonzales (2016) Clima social familiar y depresión en el adulto mayor. (Tesis de Licenciatura)Universidad Nacional de Trujillo.
- Ibañez (2015) Clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados – Piura 2014. (Tesis de licenciatura) en la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/1542>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México.

- Licas (2015) Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014. (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima
- Llovona y Méndez (2012) Manual del Psicólogo de Familia, Madrid: Pirámide
- Mercedes Berrueta Santillán (1999) Psicología del Adulto Mayor
- Moos y Tricket (1997) "Escala del Clima Social Escolar". Editorial TEA ediciones de España.
- R. H. Moos. Teoría del Clima Social Familiar. [en línea] [13/05/13] disponible en: <http://es.scribd.com/doc/83099790/8/TEORIA-DELCLIMA-SOCIAL-FAMILIAR-DE-R-H-MOOS>
- Navarro, I, Musitu, G. y Herrero, J. (2007). Familias y problemas, un programa especializado en intervención psicosocial. Madrid: Ed. Síntesis.
- Novoa Avaria (2002) Desarrollo en la Vejez Cita: Desarrollo Personal en la Vejez. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Datos y estadísticas. La salud mental y los adultos mayores. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Salud Mental un tema olvidado en el Perú. OPS/OMS Perú: OMS; 2013: p. 527.
- Organización Mundial de la Salud (1992) Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10). Madrid: Ed. Técnicas Gráficas FORMA S.A.
- Papalia, Feldman (2009) Desarrollo Humano México: Mc Graw Hill
- Ponce (2018) Nivel de depresión en el adulto mayor atendidos en el Hospital de Tingo María, 2017. (Tesis de Licenciatura) Universidad de Huánuco.

- Ramirez, Díaz y Gómez (2019) Relación entre depresión y apoyo social en el adulto mayor del Centro Vida de Piedecuesta Santander, Bucaramanga. (Tesis de Licenciatura) Universidad Cooperativa de Colombia.
- Ramírez, D., Zegbe, J., Sánchez, F. y Castañeda, M. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas.
- Revista de educación y desarrollo. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf
- Sanz, J. Vázquez, C (1993) Trastornos del Estado de Ánimo: Teorías Psicológicas.
- Silva, Vivar (2015) Factores asociados a la depresión en el adulto mayor Institucionalizado. (Tesis de Licenciatura) Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Schramm E. Interpersonelle Psychotherapie. 2. Auflage. Stuttgart; New York: Schattauer, 1998.
- Suquilanda (2017) Factores biológicos y socio-familiares en el adulto mayor con depresión en San Pedro del Cebollar-Cuenca 2015-2016. (Tesis de Licenciatura) Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Tinco (2017) La soledad social en adultos mayores de la Región Ica en el 2017. (Tesis de Licenciatura) Universidad Autónoma de Ica.
- Valverde (2017) Situación social familiar y valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 del Distrito de Huácar Huánuco - 2017. (Tesis de Licenciatura) Universidad de Huánuco.
- Velasco, V., Contreras, R., alemán, J., Rodríguez, C., Córdova, S y Suárez, G. (2014). Depresión en el adulto mayor y factores relacionados. Recuperado de

<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/62/38/54/6238547443165865989105993544673060015>

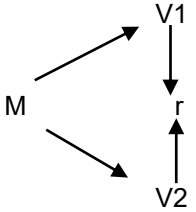
ANEXOS

Anexo 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TESIS: “CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE AMARILIS – 2019”

Planteamiento del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables y Dimensiones	Metodología	Muestra	Técnicas e instrumentos
<p>Problema General ¿Existe Relación entre el Clima Social Familiar y la Depresión en las personas Adultas Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019?</p> <p>Problemas Específicos ¿Qué relación existe entre la dimensión “Relaciones” y la depresión en los</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación que existe entre clima social familiar y la depresión en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.</p> <p>Objetivos Específicos 1. Identificar la relación entre la dimensión “Relaciones” y la depresión en los Adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la</p>	<p>Hipótesis General Hi: Existe relación entre el clima social familiar y la depresión, en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019. Ho: No existe relación entre el clima social familiar y la depresión, en adultos mayores del Centro Integral de Atención al</p>	<p>Variable Independiente Clima social familiar</p> <p>Dimensiones: • Relaciones • Desarrollo • Estabilidad</p> <p>Variable dependiente: Dependiente</p> <p>Dimensiones: • Afectivos persistentes • Equivalentes fisiológicos • Equivalentes psicológicos</p>	<p>Enfoque El enfoque es cuantitativo por que se utiliza la estadística descriptiva e inferencial y a la vez se centra en aspectos susceptibles. Sampieri (2018)</p> <p>Tipo de investigación Es sustantiva explicativa ya que está orientada a describir y explicar que permitan garantizar una teoría científica. Sánchez y Reyes (1988)</p>	<p>Población: La muestra lo conformaran 68 personas adultas mayores del CIAM Amarilis.</p> <p>Muestra: La muestra lo conformaran 68 personas adultas mayores siendo 22 varones y 46 mujeres.</p> <p>Criterios de inclusión: •Adultos mayores registrados en el padrón del CIAM Amarilis</p>	<p>Técnica: Psicometría</p> <p>Instrumento: Escala de Clima Social en la Familia</p> <p>Autor: R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett.</p> <p>Técnica: Psicometría</p> <p>Instrumento: Cuestionario de depresión</p> <p>Autor: William W. K. Zung</p>

<p>Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019? ¿Qué relación existe entre la dimensión “Desarrollo” y la depresión en los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019? ¿Qué relación existe entre la dimensión “Estabilidad” y la depresión en los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019?</p>	<p>Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019. 2. Identificar la relación entre la dimensión “Desarrollo” y la depresión en los Adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019. 3. Identificar la relación entre la dimensión “Estabilidad” y la depresión en los Adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.</p>	<p>Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.</p> <p>Hipótesis Específicos</p> <p>H₁: Existe relación entre la dimensión “Relaciones” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019. H₀: No existe entre la dimensión “Relaciones” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad</p>		<p>Nivel</p> <p>La investigación es de nivel descriptivo en este nivel los estudios buscan identificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice (Hernández 2006, p.80, 81).</p> <p>Diseño</p> <p>El diseño es no experimental que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observaran los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos en su forma de investigación (Hernández, y</p>	<p>•Adultos mayores que asistieron el día de la evaluación •Adultos mayores que contestaron las pruebas en su totalidad</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos mayores que no están registrados en el padrón del CIAM de Amarilis. • Adultos mayores registrados en el padrón del CIAM Amarilis pero que dejaron de asistir por asuntos personales. • Adultos mayores que no asistieron el día de la evaluación. • Adultos mayores que no contestaron las pruebas en su totalidad. 	
---	---	--	--	--	--	--

		<p>Distrital de Amarilis – 2019.</p> <p>H₂: Existe relación entre dimensión “Desarrollo” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.</p> <p>H₀: No existe relación entre dimensión “Desarrollo” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.</p> <p>H₃: Existe relación entre dimensión</p>		<p>Baptista 2006, p. 149) Según su carácter es descriptivo correlacional porque describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales. Hernández, et al (2006, p. 155)</p> <p>Cuyo diagrama es el siguiente:</p>  <pre> graph LR M --> V1 M --> V2 V1 <--> r V2 </pre>		
--	--	--	--	---	--	--

		<p>“Estabilidad” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.</p> <p>H₀: No existe relación entre dimensión “Estabilidad” y la depresión en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Amarilis – 2019.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Anexo 2:

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES) DE R. H. MOOS.

INSTRUCCIONES

A continuación, se le presenta una serie de frases que usted tiene que leer decir si parecen verdaderos y falsos en relación con su familia.

Si usted cree que, respecto a su familia, la frase es VERDADERA o casi siempre VERDADERA marcará la HOJA DE RESPUESTAS una (X) en el espacio correspondiente a la V (verdadero).

Si usted cree que, respecto a su familia, la frase es FALSA o casi siempre FALSA Marcará la HOJA DE RESPUESTAS 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 es falsa marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Para evitar equivocarse siga el orden de la numeración que tiene las frases aquí y en la hoja de respuestas. No intente reflejar las opiniones de los demás miembros de su familia, recuerde que se desea conocer lo que piensa usted sobre su familia.

1. En mi familia realmente nos ayudamos y apoyamos unos a otros.
2. Los integrantes de la familia a menudo reservan, sus sentimientos para sí mismos.
3. Peleamos mucho en nuestra familia.
4. Ningún miembro de la familia en general decide por su cuenta.
5. En cualquier cosa que hagamos creemos que es importante ser los mejores.
6. A menudo hablamos en familia de temas políticos y sociales.
7. La pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos muy a menudo a las diversas actividades de la iglesia.
9. Se planifican con cuidado las actividades de nuestra familia.
10. Muy pocas veces en mi familia tenemos reuniones obligatorias.
11. Muchas veces da la impresión que en casa solo estamos "pasando el rato".
12. En casa hablamos abiertamente de lo que queremos y nos parece.

13. Abiertamente en familia casi nunca mostramos nuestros enojos.
14. Nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno en mi familia.
15. Es muy importante triunfar en la vida para mi familia.
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. Somos muy ordenados y limpios en mi casa.
20. Hay muy pocas normas que cumplir en nuestra familia.
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. Cada uno decide por sus propias cosas en mi familia.
25. Para nosotros es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. Es muy importante aprender algo nuevo o diferente en mi familia.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Santa Rosa de Lima, etc.
29. Muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos en mi casa.
30. Una sola persona toma la mayoría de las decisiones en mi casa.
31. Estamos fuertemente unidos en mi familia.
32. Comentamos nuestros problemas personalmente en mi casa.
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. La puntualidad es muy importante en mi familia.

40. Las cosas se hacen de una forma establecida en la casa.
41. Cuando hay que hacer algo en la casa es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En la casa, si a alguien le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de mi familia nos criticamos fuerte unos a otras.
44. En mi familia Las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi casa, casi nunca atenemos conversaciones intelectuales.
47. Casi todos tenemos una o dos aficiones en mi casa.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. Cambiamos de opinión frecuentemente en mi familia.
50. En mi casa, se da mucha importancia a cumplir las normas.
51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.
52. Cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado en mi familia.
53. A veces nos peleamos y nos vamos a las manos en mi familia.
54. Generalmente, en mi familia cada persona 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 del trabajo o del colegio.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que debemos tener Fe.
59. Nos aseguramos que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados en la casa.
60. Todas las opiniones tienen el mismo valor en las decisiones familiares.
61. Hay poco espíritu de grupo en mi familia.
62. Los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente en mi familia.
63. En mi familia si 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. Apenas nos esforzamos para tener éxito en nuestra familia.
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 cursillos o clases particulares por afición o interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.
69. Están claramente definidas las tareas de cada persona en mi familia.
70. Cada uno tiene libertad para lo que quiera en mi familia.
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 si herir los sentimientos de los demás
75. "Primero es el trabajo, luego la diversión". Es una norma de la familia.
76. Ver la televisión es más importante que leer en mi casa.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. Leer la Biblia es algo importante, en mi casa.
79. En mi familia el dinero no se administrar con mucho cuidado.
80. Las normas son muy rígidas y tienen que cumplirse en mi casa.
81. Se concede mucha atención y tiempo a cada uno en mi familia.
82. Expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo en mi casa.
83. Creemos que no se consigue mucho elevando la voz en mi familia.
84. No hay libertad para expresar claramente lo que se piensa en mi casa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre la eficacia en el trabajo o en el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos les gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar la radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. Generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer en mi casa.
90. Uno no puede salirse con la suya en mi familia

ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR
HOJA DE RESPUESTAS

NOMBRES Y APELLIDOS:

SEXO:

EDAD:

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

DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS

Esta escala aprecia las características socioambientales de todo tipo de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

RELACIONES: Es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrada por tres subescalas:

- **Cohesión:** Grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan entre sí.
- **Expresividad:** Grado en que se permite y se anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.

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

DESARROLLO: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común. Está integrada por cinco subescalas:

- **Autonomía:** Grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones.
- **Actuación:** Grado en que las actividades se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competitiva.
- **Intelectual – cultural:** Grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.
- **Social – Recreativo:** Grado de participación en ese tipo de actividades.
- **Mortalidad – Religiosidad:** Importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

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.

Está integrada por dos subescalas:

- **Organización:** Importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- **Control:** Grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

ANEXO 3:

Escala de Autoevaluación de la Depresión (EAMD) de W. K. Zung.

MEDICION DE LA DEPRESION

Autor: Dr. W. Zung

La escala para la automedición de la depresión (EAMD) destinada a medir cuantitativamente la depresión, se publicó por primera vez en 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desordenes emocionales. El uso de la escala en cualquier clase de pacientes que manifiesten síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede describir y medir las llamadas (depresiones ocultas) economizando tiempo valioso en la clínica y varias sesiones de entrevista de estudio. Generalmente se necesitan menos de cinco minutos para hacer la prueba y calificar al paciente.

Los estudios estadísticos realizados indican que las mediciones contenidas de esta manera, pueden correlacionarse de manera segura con otras escalas de medición de la depresión que requieren de más tiempo y que estén en uso actualmente.

La escala para medir la depresión comprende una lista de 20 ítems. Cada ítem se refiere a una característica específica y común de la depresión.

Síntomas ampliamente conocidos como los desórdenes depresivos ver tabla 3). Los párrafos están divididos en dos columnas encabezados por:

MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, MUCHAS VECES Y CASI SIEMPRE.

Interpretación de la EAMD en la Depresión y Otros Desordenes Psíquicos

La depresión ocurre como una enfermedad y también como síntomas de otras enfermedades, sean somáticos o psíquicos. La EAMD no pretende diferenciar la depresión como enfermedad de la depresión como síntoma. Más bien, sirve para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin hacer caso del diagnóstico.

Puntuaciones altas, por lo tanto, no diagnostica en sí, sino que indican la presencia de síntomas que pueden tener significación clínica.

La tabla 2 muestra el puntaje de la EAMD obtenidas en controles normales y en pacientes con diagnóstico de depresión, ansiedad, desordenes de la personalidad, etc. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos, antes de tener puntuación de la depresión con la EAMD. Se obtenían también puntuaciones de la depresión, con escalas sicométricas Standard, antes de hacer la prueba con la EAMD. En todos los pacientes había una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas con la EAMD y las recogidas con otras pruebas.

En una serie de pacientes deprimidos hospitalizados y previamente diagnosticados, el índice medio de la EAMD era más de 70 y pacientes que no estaban en el hospital previamente diagnosticados de depresión, el índice medio era más de 60. Las puntuaciones bajas de 40 y menos, se obtuvieron en controles normales indicando que no había depresión. Índices de más de 50, se obtuvieron en algunos pacientes con desordenes emocionales conocidos. Como pasa en pacientes con otras enfermedades tales puntuaciones (superior al índice EAMD medios para controles normales) sugieren considerar el tratamiento de la depresión sea el diagnóstico de primaria, secundaria o solamente sintomático.

TABLA 1

Tabla para convertir la suma en el índice EAMD.

20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Características

La escala cuenta con 20 enunciados relacionados con la depresión. Estos enunciados están divididos en dos partes: la mitad formuladas en negativo, y la otra mitad en positivo.

Cada enunciado esta puntuado en una escala del 1-4, la cual se corresponde de la siguiente manera: 1-muy pocas veces, 2-algunas veces, 3-muchas veces y 4-casi siempre.

El rango de los resultados puede oscilar en una puntuación entre 20-80 puntos. Y los resultados pueden indicar los siguiente:

- Menor o igual a 28 puntos (ausencia de depresión)
- Entre 28-41 puntos (depresión leve)
- Entre 42-53 puntos (depresión moderada)
- Mayor o igual a 53 (depresión grave)

Esta escala tiene el objetivo de medir de manera cuantitativa la depresión. La escala es útil al emplearse en cualquier tipo de pacientes que muestren síntomas físicos

sin ninguna base, ya que puede medir las "depressiones ocultas", ahorrando tiempo en clínicas y en entrevistas.

El test puede realizarse de manera sencilla y rápida, lo que permite calificar al paciente de forma inmediata.

Escala de Depresión de Zung	Respuesta
1. Me siento triste y deprimido.	
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.	
5. Ahora tengo tanto apetito como antes.	
6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.	
7. Creo que estoy adelgazando.	
8. Estoy estreñado.	
9. Tengo palpitaciones.	
10. Me canso por cualquier cosa.	
Formulaciones en positivo	
11. Mi cabeza está tan despejada como antes.	
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.	
14. Tengo esperanza y confío en el futuro.	
15. Me siento más irritable que habitualmente.	
16. Encuentro fácil tomar decisiones.	
17. Me creo útil y necesario para la gente.	
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.	
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera.	
20. Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr:

Con el debido respeto, me presento a usted, mi nombre es **Campos Alvarado, Claudia Virginia** egresada de la carrera de psicología de la Universidad de Huánuco. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre **“CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE AMARILIS – 2019”** y para ello quisiera contar con su importante colaboración que consiste en desarrollar dos pruebas: La Escala de Clima Social en la Familia (FES) de R. H. MOOS y la Escala de Autoevaluación de la Depresión (EAMD) de W. K. Zung. De aceptar participar en la investigación, se informará todo el procedimiento de la investigación. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas, se explicará cada una de ellas.

Gracias por su colaboración.

Atte. Campos Alvarado, Claudia Virginia

EGRESADA DE LA EAP DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE HUÀNUCO

De haber sido informado y estar de acuerdo, por favor rellene la siguiente parte.

Yo, acepto aportar en la investigación sobre **“CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE AMARILIS – 2019”** de la señorita **Campos Alvarado, Claudia Virginia**, habiendo informado mi participación de forma voluntaria.

Fecha: /...../.....

Firma del Participante

Evidencia Fotográfica









