



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA**  
**SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA**

**TITULO:**

**DEPRESIÓN Y SATISFACCIÓN FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR**  
**DEL DISTRITO DE ZORRITOS – TUMBES, PERIODO 2016.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA**  
**EN PSICOLOGÍA HUMANA**

**AUTOR:**

**JULISSA ELIZABETH CELESTINO MORETO DE QUISPE**

**TUMBES – PERÚ**

**2017**

## DEDICATORIA

Le dedico, mis logros personales con todo mi amor y cariño a mi esposo Dagner Gilberto Quispe Alemán por su sacrificio y esfuerzo, por brindarme el respaldo personal, que me permitió culminar la carrera profesional de psicología humana y por creer en mi capacidad.

A mi hijo Gabriel por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día,

A mi familia quienes con sus palabras de aliento no me dejaban caer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

## **AGRADECIMIENTO**

A los adultos mayores que han participado en el desarrollo de esta investigación, por su sinceridad y paciencia.

A la Universidad Alas Peruanas por brindarme la oportunidad de ser parte de ella y abrir las puertas de su seno científico para poder estudiar tan linda profesión que está orientada a la labor asistencial “Psicología Humana”, así como también a los docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

A mi asesor Lic. Jean Karlo Sosa Celi por orientarme y compartir sus conocimientos científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante el desarrollo de la tesis.

## RESUMEN

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

**PALABRAS CLAVES:** Depresión, satisfacción familiar y adulto mayor.

## **ABSTRACT**

The present study aims to determine the relationship between depression and family satisfaction in the elderly in the district of Zorritos - Tumbes, Periodo - 2016. The study corresponds to an investigation of a non - experimental cross - sectional design, descriptive type -correlational, taking as a sample 60 older adults. The adult satisfaction level questionnaire and the Geriatric Depression Scale (GDS) were used. Achieving as results, depending on the general objective, there is a 0.75 Significant Correlation of High Medium intensity between the variables Depression and Family Satisfaction in Older Adults in the district of Zorritos. Taking as reference point that no research was found with the same research variables, it is considered that such information may be useful for further research.

**KEY WORDS:** Depression, family satisfaction and older adult.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I:    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.1.    DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	3
1.2.    FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.2.1.    PROBLEMA PRINCIPAL.....	4
1.3.    OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	5
1.3.1.    OBJETIVO GENERAL.....	5
1.3.2.    OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
1.4.    JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
CAPÍTULO II:    MARCO TEÓRICO .....	8
2.1.    ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	8
2.1.1.    ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	8
2.1.2.    ANTECEDENTES NACIONALES .....	9
2.2.    BASES TEORICAS.....	11
2.2.1.    DEPRESIÓN .....	11
2.2.2.    SATISFACCIÓN FAMILIAR.....	15
2.2.3.    ADULTO MAYOR.....	23
2.2.4.    ENVEJECIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR .....	23
2.2.5.    PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO.....	25
2.3.    DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS .....	27
CAPÍTULO III:    HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	28
3.1.    HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN .....	28
3.1.1.    HIPÓTESIS GENERAL .....	28
3.1.2.    HIPÓTESIS SECUNDARIAS .....	28
3.2.    VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES.....	28
CAPÍTULO IV:    METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	29
4.1.    DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
4.1.1.    TIPOS DE INVESTIGACIÓN .....	29
4.1.2.    DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	29

4.2.	DISEÑO MUESTRAL Y MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	29
4.2.1.	POBLACIÓN.....	29
4.2.2.	MUESTRA.....	29
4.2.3.	MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	31
4.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	32
4.3.1.	INSTRUMENTOS .....	32
4.3.1.1.	NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR.....	32
4.3.1.2.	ESCALA DE YESAVAGE PARA DEPRESIÓN GERIATRICA (GDS-15) .....	33
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....		35
5.1.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	35
5.2.	ANÁLISIS FERENCIAL.....	37
5.3.	COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS.....	38
5.4.	DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....		42

## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1: Correlación entre las variables de Depresión y Satisfacción Familiar.</i> .....	35
<i>Tabla 2: Depresión en Adultos Mayores del Distrito de Zorritos</i> .....	35
<i>Tabla 3: Satisfacción Familiar en Adultos Mayores del Distrito de Zorritos</i> .....	36
<i>Tabla 4: Depresión en Adultos Mayores según el Sexo</i> .....	36
<i>Tabla 5: Satisfacción Familiar en Adultos Mayores según el Sexo</i> .....	37
<i>Tabla 6: Estadístico de confiabilidad de las Escalas de Depresión Satisfacción Familiar para Adultos Mayores</i> .....	38

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad se percibe que la depresión es más frecuente en las personas de la tercera edad o el adulto mayor, viéndose involucrados los distintos factores como la soledad, desvaloración de la persona y la satisfacción familiar siendo estos determinantes para la presente investigación está orientada a investigar las variables depresión y satisfacción familiar.

Considerando los aportes que plantea la OMS (2002), hace referencia que la depresión es considerada un trastorno mental frecuente, que se suele caracterizar por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Tomamos en cuenta lo planteado por Tello (2015), quien hace mención que la satisfacción es considerada como algo propio en los seres humanos que siempre están en la búsqueda personal. Es mediante el aprendizaje de valores que la persona logra su crecimiento personal, bienestar, felicidad, reconocimiento.

La presente investigación está organizada en cinco (5) capítulos:

Capítulo I, refleja la problemática de la investigación, se considera las delimitaciones, formulación de problemas general, formulación de objetivos y la justificación de la investigación.

Capítulo II, se encuentra desarrollado el marco teórico tomando en consideración los antecedentes de la investigación y las bases teóricas en función a las variables de la investigación.

Capítulo III, refleja la estructuración de las hipótesis y las variables en función a las dimensiones e indicadores.

Capítulo IV, describe la metodología de la investigación, considerando el tipo y diseño de investigación, población, muestra y las técnicas e instrumentos.

Capítulo V, este capítulo está orientado a describir e interpretar los resultados obtenidos, lo que le permite hacer un análisis de resultados y fundamentar la discusión de los resultados de la investigación, conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

En los últimos años se ha generado un especial incremento de la población de la tercera edad, se considera que la población mundial está envejeciendo rápidamente. Mediante una nota descriptiva en el mes de abril, la Organización Mundial de la Salud (2016), hace mención que entre el 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicara casi por dos, pasando del 12% al 22%. Es decir el grupo de personas de la tercera edad crece más rápidamente, que el conjunto de la población, las causas de este fenómeno son el descenso de la natalidad, los avances en los conocimientos en el área médica, tecnológica que permite el aumento de la esperanza de vida, probabilidades de supervivencia entre otros factores. También se plantea que aproximadamente un 15% de los adultos mayores de 60 años o mayores sufren de algún trastorno mental.

El departamento de Tumbes no es ajeno a este fenómeno, de acuerdo al instituto nacional de estadística e informática según el perfil sociodemográfico del último censo, INEI (2007), señala el proceso de envejecimiento poblacional, donde resalta que el grupo de personas de adulto mayor presenta una mayor velocidad de crecimiento que la del conjunto de la población de departamento.

Es considerable la importancia del adulto mayor para la sociedad como miembro activo de la familia. Aunque la mayoría de personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al

mismo tiempo. Es relevante tomar en cuenta las consecuencias de tener depresión más aun en la edad adulta, pudiendo causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. Los adultos de la tercera edad con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas. OMS (2016)

Debido a esta situación surge la necesidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, fomentar la independencia, la actividad, protección de los derechos, esto es procurar un envejecimiento saludable en la población adulta mayor y formar parte importante de esta calidad de vida, aceptando a sí mismo, siendo autónomo y teniendo proyectos de vida.

La comunicación es el proceso que facilita el desplazamiento a lo largo de las dimensiones de cohesión y de adaptabilidad. El nivel de la comunicación familiar tiene una importancia fundamental para sus miembros ya que permite mantener las condiciones del sistema familiar. Se entiende que la satisfacción familiar es una respuesta subjetiva y única que percibe el sujeto y que se expresa a través de la comunicación, cohesión y adaptabilidad.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y la satisfacción familiar en el adulto mayor del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación que existe entre la depresión y la satisfacción familiar en el adulto mayor del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar el nivel de depresión en los adultos mayores del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016.
- Determinar el nivel de satisfacción familiar de los adultos mayores del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016.
- Identificar los niveles de depresión en los adultos mayores según sexo, del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016.
- Identificar los niveles de satisfacción familiar en los adultos mayores según sexo del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La vejez es considerada como un periodo en el que la persona tiene una diversidad de cambios, que si bien se basa en el estilo y calidad de vida que han tenido a lo largo de su existencia, así como del sistema social y familiar en que se han desenvuelto, influyen en los diferentes ámbitos de su cotidianidad. Según el diagnóstico de la situación del adulto mayor en el 2011 contenido en el plan nacional de personas adultas mayores, indica que “El envejecimiento saludable entendido como la mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores, se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio-sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidad” hoy, la realidad de los adultos mayores se encuentra inmersa en la tendencia a valorizar al ser humano por su capacidad de continuar

haciendo parte de procesos productivos que prima sobre el valor que encierra en sí mismo. MIMP (2013)

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

Dentro de los efectos favorables de un buen funcionamiento familiar se encuentra la posibilidad de enfrentar situaciones de tensión que requiere adaptación, como aquellas que son resultantes de los cambios físicos, mentales y de salud que pueden percibir. Sin embargo, los beneficios que puede producir una adecuada integración social están mediados por la pérdida de salud, la no adaptación a esta etapa, la idea de dependencia física y económica de los hijos, y no poder realizar las mismas actividades de antes, provocando en sí una insatisfacción en su vida cotidiana, llevándolo a la depresión y soledad.

Con todo lo antes mencionado, cabe decir que los resultados del estudio estarán orientados a proporcionar información actualizada con respecto a la depresión en el adulto mayor y la importancia que tiene la familia para satisfacción de la vida y necesidades de estos.

## **1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Las limitaciones que se presentaron durante la investigación son las siguientes:

- Factor económico.
- Problemas de salud del adulto mayor.
- Condiciones de educación de algunos adultos mayores (analfabetismos).

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

Andrade (2011), investiga sobre el nivel de depresión de adultos mayor de 65 años y su impacto en el estado nutricional en la parroquia Asunción Cantón - Girón - Azuay 2011. El estudio fue descriptivo de corte transversal, con una muestra poblacional de 64 adultos mayores. Los instrumentos empleados fueron la herramienta de tamizaje exclusiva para adultos mayores Mini Nutricional Assessment (MNA) y la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Obteniendo como resultado que el 15,6% de adultos mayores presentan un estado nutricional normal, el 48,5% se encuentra en riesgo de malnutrición y el 35,9% en malnutrición. El 42,2% tiene desgaste proteico-energético afectado al 50% de la población masculina. El 6,3% de adultos mayores no presentan depresión, el 64,1% tiene depresión moderada y el 29,6% tienen depresión grave.

López (2012) investigo sobre depresión en las personas internadas del asilo de ancianos Madre Teresa de Coatepeque, Quetzaltenango – Guatemala. Se empleó un diseño de investigación de tipo descriptivo, con una muestra de 25 adultos mayores residentes en el asilo conformada por 11 ancianas y 14 ancianos. El instrumento empleado fue la escala Depresión Geriátrica, obteniendo como resultado que el 48% presento depresión moderada, el 44% presenta depresión leve y únicamente el 8% presento un nivel depresivo grave.

Quinto & Sánchez (2012), planteo un estudio sobre depresión en el adulto mayor que asiste a un club de la tercera edad – Minatitlán.

El tipo de estudio fue descriptivo y transversal, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando como muestra 40 adultos mayores. Se empleó la escala de Depresión Geriátrica Yesavage. Se obtuvo como resultado que el 72.5% no reportó depresión, el 27.5% si presentó algún nivel de depresión, de los cuales el 17.5% reportó depresión moderada y el 10% depresión severa.

Sepúlveda, Rivas, Bustos & Illestas (2010), investigaron sobre el perfil socio-familiar de adultos mayores institucionalizados en comunas de Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperial - Chile. Se empleó la metodología: estudio descriptivo transversal correlacional, en muestra de 80 adultos mayores institucionales. Para la recolección de la información se realizó con el cuestionario calidad de vida para ancianos, elaborado Inga y Vera. Los resultados obtenidos nos muestran el promedio de edad fue de 78 años, 15 % eran mapuches, 55% eran masculinos, 11,2% no sabe leer ni escribir, 40, 5% no tiene contacto con sus hijos, en maltrato ha recibido golpes o empujones (15,1% más de diez veces). 18,7% piensa casi a diario que está insatisfecho con su vida actual, 59,4% no recibe atención de salud por la institución.

### **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

Zavala (2010) realizó un estudio sobre el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo en el 2009 - Lima; tuvo como objetivo: determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo. Fue una investigación de tipo descriptivo simple de corte transversal, se emplearon la técnica de entrevista estructurada y como instrumento se empleó una escala para medir la variable satisfacción del paciente. La

muestra poblacional fue conformada por 60 pacientes adultos mayores que se encuentran hospitalizados en los servicios de medicina general del hospital nacional dos de mayo en el 2009. Se obtuvo como resultado que el 53% de adultos mayores tienen un nivel de satisfacción bajo, el 35% tiene un nivel de satisfacción medio y un 12% tiene un nivel de satisfacción alto.

Tello (2015), investigo sobre el nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de salud del MINSA – LIMA – 2014. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra fue conformada por 108 adultos mayores. El instrumento empleado fue el cuestionario sobre nivel de satisfacción del adulto mayor respecto al tipo de funcionamiento familiar y el APGAR familiar de Smilkstein. Los resultados del estudio nos indican que el 96.2% están satisfechos y el 3.8% insatisfechos. 45.4% son familias funcionales, 50.9% familias moderadamente funcionales y 3.7% familias disfuncionales.

Licas (2015), en su estudio sobre el nivel de depresión en el adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M. – V.M.T. Lima 2014, el cual tiene como objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra fue conformada por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo aleatorio simple. La técnica usada fue entrevista y el instrumento utilizado fue la escala de depresión geriátrica – el test de Yesavaga para adultos mayores. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve.

## **2.2. BASES TEORICAS**

### **2.2.1. DEPRESIÓN**

OMS (2016), plantea que la depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado no solo por especialistas en el ámbito de la atención primaria. A su vez la Organización Mundial de la Salud – OMS (2002), hace referencia que la depresión es considerada un trastorno mental frecuente, que se suele caracterizar por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración los estados depresivos son los grandes causantes de reacciones suicidas ya que en todo deprimido existe un suicida en potencia. Se dice que hay depresión siempre que aparezca un fallo en el tono neuropsíquico, ya sea pasajero o perdurable. Se trata de un estado sintomático y no de una situación inherente.

Martínez (2003), hace mención que es lamentable ver la realidad de la sociedad, en vista que una gran mayoría de personas afectadas por depresión no buscan ayuda porque se desconoce los aspectos o consecuencias de la enfermedad y no buscan una ayuda profesional para poder evitar o mejorar dicha condición que genera sufrimiento. La depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor, en su forma más ligera, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, y el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional.

González (2002), señala que “La mayoría de los adultos mayores conservan casi intactas sus facultades mentales; son muy pocos los que muestran deterioro en su función cognoscitiva, sin embargo es considerable que las enfermedades demenciales se desarrollan con más frecuencia en el adulto mayor conforme aumenten la expectativa de vida”. Por otra parte, se considera que un episodio depresivo en un paciente de edad avanzada puede ser difícil de diferenciar de la demencia, pues ambos pueden cursar con apatía, dificultad de concentración y alteraciones de memoria (Fernández y Muños, 2001).

## **CLASIFICACIÓN**

Para hablar de clasificación de la depresión es relevante tomar como marco referencial los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados: el de asociación psiquiátrica americana (DSM IV TR), y la décima revisión de la clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10) de la organización mundial de la salud (2016).

En función a los manuales diagnósticos y la bibliografía revisada, es fundamental tomar en cuenta que el síntoma principal de la depresión es el descenso del estado de ánimo, sin embargo es importante considerar que determinados pacientes especialmente los geriátricos, con dificultades cognitivas, presenta dificultad para poder expresar emocionalmente dichas características que dificulta percibir este estado de ánimo alterado y teniendo que enfocarse más en sintomatología de la esfera física. No es raro que un anciano no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y manifieste, prioritariamente, los síntomas de la esfera corporal. Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, no se diagnostique y que con frecuencia estamos ante depresiones enmascaradas. Es considerable tomar en

cuenta que según su intensidad, los trastornos depresivos se puedan clasificar en tres categorías como: leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstico CIE 10 y DSM IV – TR, tomando en cuenta que la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional. El CIE 10 define la depresión como un desorden afectivo en el cual lo clasifica como: leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultad para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa. DSM IV (2000 citado por Licas, 2015)

Los principales signos y síntomas considerados por Stucchi (2010 citado por Licas, 2015):

- **Ánimo depresivo.** El deprimido suele sentirse triste la mayor parte del día y casi todos los días. En algunos casos (depresiones melancólicas), el ánimo depresivo no mejora ni con los acontecimientos favorables de la vida, la persona permanece triste “pase lo que pase”.
- **Pérdida de interés en las actividades.** La persona afectada deja de interesarse por lo que antes le agradaba.
- **Alteraciones del apetito.** Puede haber disminución o aumento del apetito, con las consiguientes variaciones en el peso.
- **Alteraciones del sueño.** Puede haber insomnio o hipersomnia. El insomnio suele ser del despertar (la persona se despierta considerablemente más temprano de lo habitual y ya no puede volver a dormir).

- Retardo psicomotor. La persona deprimida suele volverse lenta, camina y habla despacio, demora en responder las preguntas que se le hacen. Sin embargo, algunos presentan aumento de la actividad motora.
- Fatiga o pérdida de la energía. La persona siente que no tiene “fuerza” para realizar sus actividades cotidianas.
- Ideas de minusvalía y culpa. El deprimido tiende a sentirse inferior a los demás o culpable de las desgracias propias y ajenas (“no sirvo para nada”, “todo es por mi culpa”).
- Desesperanza. El futuro es visto como algo incierto y sin posibilidades.
- Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- Ideación suicida. Puede ir desde un vago deseo de morir hasta un plan específico que culmina en la muerte.

A su vez Patiño (2006) cita el Manual diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Siquiátrica Americana en su cuarta edición (DSM-IV) utiliza unos criterios clínicos para detectar la depresión, clasificándose, además, en diferentes grupos de acuerdo al número de signos y síntomas y a su duración:

Patiño (2006), Clasificación de la depresión (modificado del DSM-IV).

<b>Depresión mayor:</b> (cinco o más de los siguientes signos o síntomas, incluyendo los dos primeros presentándose la mayoría del tiempo por más de dos semanas). Estos signos o síntomas no son dados por medicamentos o enfermedad y causan deterioro del funcionamiento habitual.	
1	Animo depresivo.
2	Disminución del interés en sus actividades.
3	Aumento o disminución del peso o el apetito.
4	Insomnio o hipersomnia.
5	Agitación o retardo psicomotor
6	Fatiga o pérdida de energía
7	Sentimiento de inutilidad
8	Alteraciones en el pensamiento o la concentración
9	Persistente pensamiento de muerte o suicidio
<b>Distimia</b> (dos o más de los signos o síntomas anteriores, por más de dos años)	
<b>Trastornos de afecto no específico</b> ( estados depresivos relevantes que no se pueden clasificar en los estadios anteriores	

### 2.2.2. SATISFACCIÓN FAMILIAR

La satisfacción familiar es una respuesta subjetiva. Se considera un proceso fenomenológico que es percibida por miembros de la familia y es valorada según los niveles de comunicación entre padres e hijos; lo cual hace referencia al grado de cohesión que existe entre los integrantes de la familia y los niveles de adaptabilidad familiar de los miembros entre sí y con su entorno. Desde una perspectiva humanista se considera a aquel que está satisfecho es porque satisface mayores necesidades psicológicas y sociales en un ambiente familiar y/o laboral. Por lo tanto suelen poner mayor dedicación a las actividades que se realizan en tal sentido, resulta evidente que un alto nivel de satisfacción personal y familiar genera en el contexto familiar una dinámica positiva que permite unificar y fortalecer la estructura de dicha familia. De esta manera se proporciona a los miembros un ambiente estable, positivo y se convierte en un óptimo soporte familiar que motiva y refuerza las

acciones asumidas por las personas en situaciones difíciles. (Tello, 2015)

Herrera & Kornfeld (2008), plantean según los cálculos obtenidos mediante los censos, se pudo llegar a constatar que más de la mitad de los adultos mayores vive en hogares extensos, con presencias de otros familiares, especialmente hijos. Considerando que en el 2002 un 48% de las personas de la tercera edad encabezan como jefe o pareja de un hogar con presencia de otros integrantes de familia y/o no familiares de distintas edades y un 12% vivían en otras casas en condición de padre o suegro. Se refleja que un 30% de los adultos mayores viven en hogares independientes (considerando que un aproximado de 18% viven en parejas y un 12% viven solos) y un 10% de los hogares corresponden a unas formas compartidas (hermanos o amigos). Considerando que los cambios dados entre los años 1992 y 2002 permiten confirmar el aumento de hogares de menor tamaño, formados por adultos mayores viviendo solos o únicamente con su pareja. Siendo considerada la convivencia como un factor determinante para una buena satisfacción familiar.

Tello (2015), La satisfacción es una considerado algo propio en los seres humanos que siempre están en la búsqueda personal. Es mediante el aprendizaje de valores que la persona logra su crecimiento personal, bienestar, felicidad, reconocimiento y mucho más; de esta manera cada persona se sienta importante por su desarrollo en cada sistema en el que interactúa con el correspondiente reconocimiento que le toca, aun sin que el éxito sea absoluto y no siempre lo logre. Es también importante considerar a aquellas personas que les cuesta reconocer momentos en los que pueda disfrutar y les haga sentir verdaderamente un nivel de satisfacción. Es sabido que la familia en cuanto a su diversidad de medidas propias de

las características personales de cada uno de sus miembros integrantes (unas más y otras menos) son facilitadoras de elementos que inician el camino para llenarse de valores y hacerse valiosos; a los que se suma su desarrollo propio, autorrealización, así como un conjunto de elementos gratificantes sin que necesariamente tengan que lograr la misma meta todos sus miembros; y en todo caso sí, les es posible su satisfacción por su dedicación a conciencia. Por lo que el clima familiar es reconocido como la fuente de enriquecimiento para la obtención de recursos que se dirigen a la seguridad, autorrealización, logros y satisfacciones de sus miembros integrantes, que entre muchas cosas más logran mayoritariamente niveles de comunicación compatibles intra e interpersonales. Hay que considerar que la familia disfuncional en su estructura o dinámica familiar presenta en su interior actitudes y comportamientos negativos, afectando los niveles comunicacionales y por ende la satisfacción personal y familiar será percibida como desfavorable. Estos niveles altos y permanentes de insatisfacción familiar suele afectar la personalidad de los integrantes de la familia convirtiéndose dicha familia en factor de alto riesgo para sus integrantes. Esto estaría explicando porque últimamente sean incrementados los problemas psicosociales, a tal punto, que en determinados sectores de nuestra capital es casi imposible garantizar una óptima formación y educación de los hijos.

Tello (2015), plantea que una familia puede caracterizarse por las maniobras que emplea; ya que el grado de sus interacciones (implícitas como: síntomas; o explícitas como: maniobras pobres, desvalidas o de inferioridad, ordenes), son diferentes en cada sistema familiar y por eso se puede clasificar a las familias y/o sus relaciones en cuatro tipos por la naturaleza de sus relaciones, que son:

- **Satisfacción estable:** Aquí la pareja tiene elementos relacionales explícitos y claros, en cuanto al control de la misma o de algunas áreas para cada uno; es decir, que tiene el control quien toma la iniciativa, quien decide que acción ha de tomarse, o que áreas para uno y cual(es) para el otro. La estabilidad se mantiene, gracias a que pueden volver a un estado estable, cuando hay algún desacuerdo; ya que estable no significa funcionamiento perfecto, es decir que la estabilidad también supone momentos de inestabilidad.
- **Satisfacción inestable:** Es propia de toda relación nueva o modificada ya que ambas partes deben de ir co-elaborándolas progresivamente hasta lograr un acuerdo estable de asumir responsabilidades en ciertas áreas que comparten. Esta relación puede darse en una pareja hasta la llegada de su primer hijo, y al llegar el tercero pueden haber desarrollado una relación insatisfactoria estable.
- **Insatisfactoria estable:** Aquí el acuerdo es no discutir nunca quien está a cargo de la relación o de que áreas. Ninguna expresa insatisfacción con la relación, ni reconoce las necesidades de su pareja si las expresara. Estas parejas se caracterizan por su gran falta de flexibilidad y gran compulsividad, adquiriendo gran importancia las normas sociales y religiosas como autoridad externas para definir la relación; a todo eso contribuye la pobre relación social. Estas familias dócilmente inician una psicoterapia y si la toman casi nunca permanecen en ella; y si sale un paciente identificado, le permiten que permanezca como tal, siendo este un recurso de protección de la familia.
- **Insatisfactoria inestable:** Aquí la pareja no llega a ningún acuerdo de quien controla que áreas, o quien toma la iniciativa

ante qué; por eso los momentos de estabilidad son muy breves y los de inestabilidad muy prolongados.

Cada miembro toma la actitud de su pareja como un desafío en una escalada simétrica. Con frecuencia se utilizan síntomas psicométricos e histéricos como formas de definir la relación, al ser mensajes que pueden negarse como mensajes, como un dolor de cabeza como para controlar alguna conducta de la pareja. Usan estas maniobras desvalidas como control de la relación. Aquí ninguno de ellos puede decir yo soy el que controla o mando. Es impresionante la ausencia de transacciones completas en estas familias.

La satisfacción familiar es el resultado o la consecuencia de todo un proceso de aprendizajes previos en el contexto familiar, donde cada uno de los miembros va aprendiendo a integrarse y cohesionarse como grupo familiar, de tal forma que no existan incoherencias o disonancias entre lo que dice y lo que se espera de él.

- **Comunicación familiar:** La comunicación familiar son las interacciones que establecen los miembros de una familia y que gracias a ello, se establece el proceso de socialización o culturización que les permite desarrollar habilidades sociales que son fundamentales para el proceso de reinserción en la sociedad a la cual pertenece. Esta comunicación va a depender de su contexto familiar, de su estructura y dinámica interna. El nivel de comunicación familiar va a depender del tipo de apertura y flexibilidad que tengan los adultos en su relación con sus hijos. Uno de los roles de los padres están referidos a la comunicación que establecen entre ellos y sus hijos. Los estudios indican que el 60% de nuestras horas de vigilia,

estamos hablando, leyendo, escribiendo o realizando actividades donde la comunicación juega un papel importante.

La comunicación influye en la forma como nos sentimos, como actuamos, así una comunicación negativa o “mala”, hará que surjan actitudes negativas o agresivas y de desconfianza; por el contrario si existe una “buena” comunicación, nos sentimos comprendidos y aceptados por los demás; pero no hay que olvidar que existe otra posibilidad, cuando no nos podemos comunicar, cuando nuestras ideas y sentimientos no son recibidos, en ese caso nos sentimos deprimidos, agresivos e incluso incapaces. Todo esto es porque la comunicación influye en nuestro bienestar general.

La comunicación alienta la motivación porque les aclara a sus miembros que deben hacer, como lo están haciendo y que pueden hacer para mejorar. Todo grupo es una fuente primaria de interacción social, la comunicación que ocurre entre ellos es un mecanismo fundamental que permite a sus miembros manifestar sus frustraciones y sentimientos de satisfacción o insatisfacción. Por consiguiente, la comunicación se convierte en una puerta de expresión emocional de sentimientos y de realización de necesidades sociales.

- **Familia:** El significado etimológico de familia, es insuficiente para precisar su concepto; por lo que buscamos desde otras percepciones sociales, jurídicas, antropológicas, psicológicas entre otras, es posible precisar características propias de un sistema familiar, donde socialmente la familia ha sido considerada como “una convivencia querida por la naturaleza para los actos de la vida cotidiana” (Aristóteles), esta definición

puede admitirse como la más correcta a pesar de lo vago de sus términos.

Desde el punto de vista valorativo, el sistema familiar constituye, por encima de una unidad jurídica social y económica, primordialmente una comunidad de amor y de solidaridad que resulta insustituible para la trasmisión y la enseñanza de valores que importan al desarrollo y bienestar de sus miembros integrantes, así como para el bien de la sociedad. Existe una gran diversidad de conceptos de familia por la gran diversidad de percepciones de esta realidad, siendo una pretensión casi imposible de llegar a un concepto de familia único y en especial en nuestro país si partimos desde nuestra realidad pluricultural; por eso es que encontramos que la familia costeña más parece responder a características de tipo nuclear con tendencias monogámicas, que se funda en principios como la fidelidad, la cohabitación y la asistencia, a pesar de la existencia de crisis en el sistema familiar, en la que la prole está bajo la patria potestad hasta los 18 años (mayoría de edad actualmente), esta es una influencia de principios y preceptos jurídicos tratados desde el derecho cristiano, considerando también criterios machistas, el patriarcalismo y el autoritarismo del varón. Encontramos que en la familia amazónica predomina la familia extensa (comunal) que cumple un protagónico rol socio-político-cultural y religioso; aquí las familias son comunidades que respetan ante todo los árboles genealógicos.

La familia y la sociedad. Ambas son dos células vivientes y dadoras de vida; y en especial la familia es el sistema que protege, razón por la que su presencia en las mejores condiciones es de gran urgencia, por lo que cabe plantear la

gran necesidad y urgencia de proteger al sistema familiar. Un buen sistema familiar dota a la sociedad de buenos miembros.

Las familias funcionales, saben resolver los problemas con distintos grados de éxito, necesitamos tiempos distintos para realizarlo. Además evitan paralizar sus procesos interaccionales. Por otro lado considera que los conflictos le facilitan respuestas positivas, en cuanto estimulan los cambios para el desarrollo necesario; encontrando que no es necesaria la presencia de ningún conciliador, debido a que no existe ninguna disfunción que debe ser expresada.

Bikel (1982, citado por Tello, 2015), plantea la definición de familia como un sistema organizado cuyos miembros, unidos por relaciones de alianza y consanguinidad sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad, para lo cual utilizan información del sistema familiar y la experiencia actual histórica de cada uno de sus miembros.

Desde la terapia sistémica, por su propia epistemología, una familia sana es reconocida y nominada como: “familia funcional”. Percibe a la familia como una unidad de abordaje, considerando las siguientes características que distinguen una familia funcional de una disfuncional.

- La capacidad de la familia para resolver problemas.
- El clima emocional de la familia.
- La capacidad de la familia para cambiar en el curso de su propio ciclo vital.
- La capacidad para regular tanto la proximidad, así como la distancia en las relaciones intrafamiliares.

- La formación de fronteras generacionales funcionales.
- Es evidente que todos estos elementos surge de los contextos sociales, económicos, culturales y comunitarios de cada sistema familiar, que es parte de todo ese supra – sistema.

### **2.2.3. ADULTO MAYOR**

Según la organización mundial de la salud (2016), hace mención que una persona es considerada adulto mayor cuando estima entre los 60 años a más. Mientras que la organización panamericana de la salud señala que en los países en vías de desarrollo los adultos mayores son aquellas personas que tienen 60 años o más, teniendo en cuenta el tiempo de esperanza, vida de la población y las condiciones en las que se da el envejecimiento, representando un grupo heterogéneo de diversas edades, antecedentes, necesidades y capacidades (OPS, 2002). Se considera que la edad entre los 60 a 65 años, asido tradicionalmente usada para definir el inicio de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios. Alcáraz, (2007)

Marín (2003). El adulto mayor atraviesa una etapa del ciclo vital tan igual como se atraviesa la niñez o adolescencia, con sus propias características agradables o no que se presentan en forma progresiva dependiendo de diferentes factores genéticos, actitudes personales y circunstancias ambientales vivenciadas. La percepción de esta etapa puede ser agradable como desagradable dependiendo de las condiciones intrínsecas, relaciones interpersonales, familiares y estilos de vida que mantuvo cada persona.

### **2.2.4. ENVEJECIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR**

El envejecimiento, en la etapa del adulto mayor, es comúnmente explicado fisiológicamente como un progresivo decline

en las funciones orgánicas, psicológicas y con una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son bastantes diferentes para cada individuo. Está claro que las personas adultas mayores requieren mayor atención médica que las personas de menor edad, ya que son más vulnerables a las enfermedades; el poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socio culturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuos sino también en las personas que están en su alrededor. Esta situación agrava con las dificultades que encuentra al tratar de llevar una vida como la que llevaban anteriormente y que al no lograrlo causa frustración y pensamientos de inutilidad, sin embargo los adultos mayores tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo y aprendizajes como cualquier otra etapa del ciclo vital con características propias, sean estas agradables o no, que se presentan de forma progresiva, aunque la mayoría de veces no se toman en cuenta. (Marín, 2003).

Por tal motivo, la calidad de vida del adulto mayor entendido por un adecuado estilo de vida lejos del alcohol o consumo de sustancias dañinas y bajo un buen régimen alimentario, es uno de los puntos más importantes del proceso del envejecimiento en esta etapa. El prevenir las limitaciones funcionales, la desnutrición y las enfermedades crónicas está ligado con una calidad de vida adecuada. (Águila, 2012)

Esta calidad de vida ligada a diferentes factores como el mayor nivel cultural de la población y al espectacular cambio de la esperanza de vida, es decir en promedio de tiempo que podemos esperar vivir, y el avance tecnológico en temas de salud modifica la visión del proceso de envejecimiento en el adulto mayor, como un

proceso patológico, por una visión orientada en la mejora calidad de vida como la presentan actualmente muchos adultos mayores en diferentes países desarrollados. (Giró, 2006)

MIMDES (2006), El envejecimiento en el Perú se produce en características diferentes en la relación al género. Esto debido a la iniquidad estructural que daba en décadas pasadas a los varones, accesos a diferentes niveles de instrucción, lo que le permite tener mejores trabajos en condiciones ventajosas y derecho a una pensión de jubilación y seguridad social en contraste con las mujeres que no tuvieron en su gran mayoría acceso a la educación lo que la limitaba a la obtención de un trabajo por lo que la gran mayoría realizaba labores domésticas que al llegar a la etapa del adulto mayor, hacía que no cuente con las pensiones de los hombres de la misma edad siendo personas dependientes económicamente.

#### **2.2.5. PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO**

El proceso de envejecimiento es un fenómeno de carácter universal que afecta a todas las personas. Este proceso natural, tiene su origen en la concepción del ser y se va desarrollando durante toda la vida hasta llegar a la muerte. La importancia de estudiar el envejecimiento en particular en el adulto mayor, se debió en el aumento de número de personas mayores de 65 años en la sociedad y por tal el prevenir, aliviar o retrasar los problemas propios de esa edad. Botella (citado por Franco, 2008)

Unas de las funciones de la psicología del envejecimiento, es la de intervenir y prevenir el deterioro de la capacidad mental y social del adulto mayor, tanto en el ámbito personal y familiar. Silva (2008)

Más específicamente, la psicología del envejecimiento en el adulto mayor tiene como objetivo básico comprender como piensan y pretenden explicar, porque los adultos mayores reaccionan más lentamente, o porque se originan pérdidas en ciertas habilidades a medida que aumenta la edad, etc. Para procurar una mejor calidad de vida en las personas mayores Belsky (citado por Martin, 2001). Y determinan los factores que la posibilitan evitando así que las personas mayores se dirijan a un envejecimiento patológico.

Mérida (2008), El proceso de envejecimiento psicológico en el adulto mayor genera cambios cognoscitivos, que afectan al modo de pensar, así como a las capacidades intelectuales, afectivas y de la personalidad. Estos cambios pueden verse incluidos por acontecimientos, como: la jubilación, muerte del conyugue o aquellas que se encuentren ligados a experiencias complejas en el seno del medio social.

Se tienda a centrar exclusivamente la atención en los procesos degenerativos que acompañen al adulto mayor y su asociación con el deterioro de muchos procesos sensoriales y cognitivos, y de muchas funciones psicológicas y cerebrales. Cabe resaltar que en esta etapa, puede adquirir nuevos aprendizajes y desarrollar algunas funciones psicológicas. (Baltez & Linderberger, citado por Ballesteros, 2007)

Para Marín (2003), las características psicológicas en la etapa del adulto mayor serán equivalentes al estilo de vida personal y a todos los factores biológicos, psicológicos y ambientales previos y estos se evidencian en:

- Disminución de la actividad psicomotriz.

- Disminución en la velocidad del procesamiento de datos.
- Dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos.
- Disminución de la memoria reciente.

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

Según la OMS (2016)

- Depresión. - es un trastorno mental frecuentemente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y/o falta de concentración.
- Familia. – es la unidad básica de salud, conformada por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos legales y/o de afinidad, que están llamados al desarrollo.
- Adulto mayor. – Persona de la tercera edad y ancianos, que inicia en una edad de 60 a 65 años.
- Salud mental. – Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida.
- Salud física.- Es un estado de bienestar donde tu cuerpo funciona de manera óptima. Es la ausencia de enfermedades en tu cuerpo y el buen funcionamiento fisiológico de nuestro organismo.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi. Existe relación significativa entre la satisfacción familiar y la depresión en el adulto mayor del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016.

#### 3.1.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS

- H1. Existe un nivel alto de depresión en el adulto mayor del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016.
- H2. Existe un nivel bajo de satisfacción familiar de los adultos mayores del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016.
- H3. Existe una predominancia del sexo masculino que refleja no tener depresión en el adulto mayor según sexo, del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016.
- H4. Existe una predominancia del sexo femenino que refleja buena satisfacción familiar en el adulto mayor según sexo del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016.

### 3.2. VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICION	VALORACION
Satisfacción familiar (VD)	Biológico Emocional Social	Actividad Física Percepciones Hab. Sociales	19 ítems	Satisfecho Insatisfecho
Depresión (VI)	Psico-emocional	Funciones mentales	15 ítems	Normal Depresión leve Depresión

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **4.1.1. TIPOS DE INVESTIGACIÓN**

Dicha investigación es considerada de tipo descriptivo-correlacional. Descriptivo porque busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis y se considera correlacional porque explica la relación entre las variables depresión y satisfacción familiar. (Hernández, Fernández & Baptista 2010).

#### **4.1.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Se utilizó un diseño no experimental – transversal. No experimental, debido que las variables no se manipulan y se describen la información que refleja en el momento dado. Se considera transversal, debido que se recoge la información de la muestra en un momento dado. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

### **4.2. DISEÑO MUESTRAL Y MATRIZ DE CONSISTENCIA.**

#### **4.2.1. POBLACIÓN**

La población para el estudio estará conformada por 60 adultos mayores de ambos sexos del distrito de Zorritos que son atendidos en los diferentes servicios del Centro de Salud de Zorritos.

#### **4.2.2. MUESTRA**

Se empleó una muestra intencionada, debido que le permite al investigador seleccionar según su propio criterio sin ninguna regla

matemática o estadística, Carrasco (2009). Mediante este tipo de muestra se considera el total de la población 60 adultos mayores.

### 4.2.3. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	MUESTRA	INSTRUMENTOS	
PRINCIPAL	GENERAL	GENERAL	Variable Independiente: Depresión	Psico-emocionales	Funciones Mentales	Tipo	Muestra intencionada. Mediante este tipo de muestra se considera el total de la población 60 adultos mayores. Carrasco (2009).	Depresión	
¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y la satisfacción familiar en el adulto mayor del distrito de Zorritos - Tumbes?	Determinar la relación que existe entre la depresión y la satisfacción familiar en el adulto mayor del distrito de Zorritos - Tumbes.	Hi. Existe relación significativa entre la satisfacción familiar y la depresión en el adulto mayor del distrito de Zorritos - Tumbes.	Variable Dependiente: Satisfacción Familiar	Biológico	Actividad Física	Descriptivo-correlacional (Hernández, Fernández & Baptista 2010)		ESCALA DE YESAVAGE PARA DEPRESIÓN GERIATRICA	
	ESPECIFICOS	ESPECIFICOS						Emocional	Percepciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el nivel de depresión en el adulto mayor del distrito de Zorritos – Tumbes.</li> </ul>	H1. Existe un nivel alto de depresión en el adulto mayor del distrito de Zorritos – Tumbes.		diseño no experimental – transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2010)	NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el nivel de satisfacción familiar de los adultos mayores del distrito de Zorritos – Tumbes.</li> </ul>	H2. Existe un nivel bajo de satisfacción familiar de los adultos mayores del distrito de Zorritos – Tumbes.							
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los niveles de depresión en el adulto mayor según sexo, del distrito de Zorritos – Tumbes.</li> </ul>	H3. Existe una predominancia del sexo masculino que refleja no tener depresión en el adulto mayor según sexo, del distrito de Zorritos – Tumbes.							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los niveles de satisfacción familiar en el adulto mayor según sexo del distrito de Zorritos – Tumbes.</li> </ul>	H4. Existe una predominancia del sexo femenino que refleja buena satisfacción								

### **4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **4.3.1. INSTRUMENTOS**

##### **4.3.1.1. NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR**

El instrumento de Nivel de Satisfacción del Adulto Mayor tiene una escala de medición de tipo ordinal y contiene 19 enunciados con opciones múltiples, extraídas y modificadas, para esta investigación, del test de percepción del funcionamiento familiar, creado en Cuba por Pérez de la Cuesta Lauro con la finalidad de describir los aspectos de la integración, dinámica y funcionamiento familiar para evaluar el nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar. Este instrumento fue validado bajo la prueba binomial con un valor de  $P$  menor que 0.05 (resultado de  $p = 0.02$ ) y confiabilidad menor que 0.8 (resultado = 0.79) El segundo instrumento tiene una escala de medición de tipo ordinal y contiene 5 enunciados con opciones múltiples, 5 categorías que definen el funcionamiento familiar; Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar.

La validación mostró un índice de correlación de 0.80 Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

La estructura física del instrumento consta de 4 partes: la presentación, los datos generales, seguido de las instrucciones y por último los 19 ítems del primer instrumento y los 5 ítems del segundo instrumento. Para medir las variables se asignó un puntaje a las respuestas del paciente adulto mayor que a continuación se presenta: Para el nivel de satisfacción: Total 76 puntos (19 ítems).

Satisfecho: 39 - 76 puntos

Insatisfecho: 19 – 38 puntos

#### **4.3.1.2. ESCALA DE YESAVAGE PARA DEPRESIÓN GERIATRICA (GDS-15)**

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982; siendo empleado en el campo de la investigación por Licas (2015), en una población de la ciudad de Lima – Perú. El cuestionario de Yesavage consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no), dentro de las cuales las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14 y 15, y negativas en los ítems 1,5,7,11,13 que fueron valoradas con la siguiente distribución.

Ítems (+) si = 0 No = 1

Ítems (-) si = 1 No = 0

La puntuación máxima es de 15 puntos, y la mínima, de 0 puntos. Los puntos de corte son los siguientes.

Normal	0-5 puntos
Depresión Leve	6-9 puntos
Depresión Severa	10-15 puntos

La estructura física del instrumento está dividido en cuatro partes: La primera consta de la presentación, seguido de las instrucciones, luego los datos generales, y el último corresponde al contenido propiamente dicho constituido por 15 preguntas entre afirmativas y negativas.

Para la estandarización se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0,7268; indicando que la escala GDS-15 es altamente confiable; 14 de los 15 ítem estadísticamente predicen moderadamente el constructo de depresión; sin embargo, desde el análisis psicológico, los 15 ítem son pertinentes para evaluar rasgos depresivos. (Licas, 2015)

## CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 5.1. ANÁLISIS DE ESCRIPTIVO

#### Análisis descriptivo y Elaboración de Tablas y Figuras:

**Tabla 1: Correlación entre las variables de Depresión y Satisfacción Familiar.**

Relación entre Depresión y Satisfacción Familiar

Variables		Depresión	Satisfacción Familiar
Depresión	Correlación de Pearson	1	0.748**
	Sig. (bilateral)	60	60
Satisfacción Familiar	Correlación de Pearson	0.748**	1
	Sig. (bilateral)	60	60

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

Se puede observar en la Tabla N° 1 que existe un 0,748 de Correlación Significativa de intensidad Medio Alta entre las variables Depresión y Satisfacción Familiar en los Adultos Mayores del distrito de Zorritos.

**Tabla 2: Depresión en Adultos Mayores del Distrito de Zorritos**

#### Niveles de Depresión

Dimensiones	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	31	51.7%
Depresión leve	26	43,3%
Depresión moderada	3	5%
Total	60	100%

En la Tabla N° 2 se observa que del total de Adultos Mayores el 51.7% No presentó Depresión, el 43.3% presentó Depresión Leve y el 5% presentó Depresión Moderada, siendo el número de casos con Depresión de 29.

**Tabla 3: Satisfacción Familiar en Adultos Mayores del Distrito de Zorritos**

Niveles de Satisfacción Familiar

Dimensiones	Frecuencia	Porcentaje
satisfecho	34	56.7%
Insatisfecho	26	43,3%
Total	60	100%

En la Tabla N °3 se observa que del total de Adultos Mayores el 56,7% presentó Satisfacción Familiar y el 43.3% se sienten insatisfechos.

**Tabla 4: Depresión en Adultos Mayores según el Sexo**

Frecuencia de depresión según sexo

Dimensiones	Masculino	Femenino
Sin depresión	15	16
Depresión leve	10	16
Depresión moderada	1	2
Total	26	34

En la Tabla N°4, se observa que hay prevalencia de las mujeres sobre los hombres en las tres (3) categorías. Se refleja que de la muestra 15 hombres y 16 mujeres, no tiene depresión.

**Tabla 5: Satisfacción Familiar en Adultos Mayores según el Sexo**

Frecuencia de satisfacción Familiar

Dimensiones	Masculino	Femenino
satisfecho	14	20
Insatisfecho	12	14
Total	26	34

En la Tabla N° 5 se observa que el número de casos que se encuentra Insatisfecho es menor en ambos sexos, encontrándose 14 casos femeninos y 12 casos masculinos haciendo un total de 28 adultos mayores insatisfechos.

## **5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL**

### **Análisis psicométrico de la Escala**

### **Análisis psicométricos de datos de la Escala de Depresión y Satisfacción Familiar en Adultos Mayores.**

Las estimaciones de confiabilidad se realizaron mediante el análisis de los resultados, tras la aplicación de las Escalas de Depresión y Satisfacción Familiar para Adultos Mayores a 60 participantes que forman parte de la muestra de la presente investigación.

Se obtiene las estimaciones de la confiabilidad como Consistencia Interna mediante los índices del Alfa de Cronbach para ambas escalas.

El coeficiente de Alfa es = **0.85** en los puntos de vista de los supuestos de la teoría estadística, el coeficiente obtenido es generalmente adecuado para los instrumentos psicológicos.

**Tabla 6: Estadístico de confiabilidad de las Escalas de Depresión Satisfacción Familiar para Adultos Mayores**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,848	,856	2

### 5.3. COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS

#### Análisis Hipótesis general

Hi. Existe relación significativa entre la satisfacción familiar y la depresión en el adulto mayor del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016. Se acepta la hipótesis de investigación, reflejando en los resultados una correlación significativa bilateral.

#### Análisis Hipótesis Específicas

H1. Existe un nivel bajo de depresión en el adulto mayor del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016. Se acepta la hipótesis de investigación reflejando que un 51,7% de la población no tiene depresión.

H2. Existe un nivel bajo de satisfacción familiar de los adultos mayores del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016. Se rechaza la hipótesis, reflejando los resultados que hay un predominio en la categoría satisfecho.

H3. Existe una predominancia del sexo masculino que refleja no tener depresión en el adulto mayor según sexo, del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016. Se rechaza la hipótesis de investigación reflejando que predomina el sexo femenino.

H4. Existe una predominancia del sexo femenino que refleja buena satisfacción familiar en el adulto mayor según sexo del distrito de Zorritos – Tumbes, Periodo 2016, Periodo 2016, Periodo 2016. Se acepta la hipótesis de investigación reflejando la predominancia del sexo femenino.

## **5.4. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES**

### **5.4.1. DISCUSIONES**

En los últimos años se percibe que el estudio sobre la calidad de vida en el adulto mayor, está comenzando a tomar mayor importancia. Siendo este un factor determinante para poder investigar estas variables “depresión y satisfacción familiar.

En función a los resultados obtenidos en la investigación, se observa que existe un 0,75 de Correlación Significativa de intensidad Medio Alta entre las variables Depresión y Satisfacción Familiar en los Adultos Mayores del distrito de Zorritos. Tomando como punto referencial que no se encontraron investigaciones con las mismas variables de investigación, se considera que dicha información puede ser útil para investigaciones posteriores.

Considerando la importancia de la depresión en función al adulto mayor, se obtuvo como resultado que el 51.7% de la muestra no presenta depresión. Siendo este resultado similar a los resultados encontrados en la investigación de Quinto & Sánchez (2012), reflejando que el 72.5% de la muestra no presento depresión.

Según los resultados obtenidos con respecto a los niveles de satisfacción familiar se puede observar que hay similitud de resultado con la investigación realizada por Sepúlveda, Ríos, Bustos & Illesta (2010), reflejando que el nivel de insatisfacción familiar es menor con respecto al nivel de satisfacción familiar.

Con respecto a las investigaciones revisadas no se considera las variables demográficas como el sexo. Tomando como punto referencial que en dicha investigación se observa que según la categoría sexo, la depresión es más frecuentes en mujeres que en hombres. Por otro lado considerando la variable satisfacción familiar es relevante que las mujeres presentan mejor nivel de satisfacción familiar.

#### **5.4.2. CONCLUSIONES**

Se encontró una Correlación Significativa de intensidad Medio Alta entre las variables Depresión y Satisfacción Familiar en los Adultos Mayores del distrito de Zorritos.

Se percibe que existe un nivel bajo de depresión en el adulto mayor del distrito de Zorritos – Tumbes.

En relación a los niveles de satisfacción familiar, se observa que hay una prevalencia en la categoría satisfecho, en función al adulto mayor.

En relación a los niveles de depresión, refleja que hay un predominio en el sexo femenino que no presenta depresión, por encima del sexo masculino.

En cuanto a los niveles de satisfacción familiar, se percibe que hay una predominancia del sexo femenino que refleja buena satisfacción familiar.

## **ANEXO Y APÉNDICES**

### **RECOMENDACIONES**

- Elaborar programas de intervención y desarrollo psicosocial para adultos mayores, brindarles un espacio para que compartan sus vivencias y desarrollen actividades no solo de formación sino también recreativas.
- Realizar programas de sensibilización para el buen trato a los adultos mayores que involucren la participación de la familia en su conjunto y de los servidores de salud.
- Realizar charlas de autoestima y otros temas que ayuden a fortalecer la salud mental del adulto mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Águila, R. (2012) Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Extraído el 10 de marzo del 2016 de: <http://new.paho.org/blogs/chile/?p=111>
- Alcaraz, A. (2007) Divulgación / Programa multiprofesional para atención del adulto mayor. Ciencia, deporte y cultura física, 3 (1) 23-30; extraído el 10 de marzo del 2016 de: <http://www1.uco.mx/FCE-CA/docs/epuno/tres/v1n3a07-05.pdf>
- Almeida, O. (2011). Incidencia de la depresión del adulto mayor en salas de medicina interna. Trabajo de tesis para optar por el título de Máster en salud pública. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Santiago de Cuba.
- Andrade, T. (2011). Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. (Tesis de Grado, Previo a la Obtención del Título de: Nutricionista Dietista).
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV. Barcelona: Masson.
- Ballesteros, S. (2007) Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid, España: UNED. Extraído el 10 de marzo del 2016 de [https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/28300/Tema\\_2\\_Proceso\\_de\\_envejecimiento\\_normal/Aspectos\\_psicosocial\\_envejecimiento.pdf](https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/28300/Tema_2_Proceso_de_envejecimiento_normal/Aspectos_psicosocial_envejecimiento.pdf).
- Bonita, R. (1998) Mujeres, envejecimiento y salud: lograr la salud a través de la vida útil. Recuperado el 10 de marzo del 2016 de

<http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/genderageingsp.PDF>

- Carrasco S. (2009) Metodología de la investigación científica. (2da. re.)  
Perú: Ed. San Marcos
- Crespo, J. (2011). Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar. Trabajo de tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología. Universidad de Cuenca. Cuenca.
- Fernández G., S. & Muñoz, C. (2001). Diagnóstico diferencial del trastorno demencial. Revista de Psicogeriatría, 1(1). Disponible en línea: [www.psiquiatria.com/ar-ticulos/demencias/](http://www.psiquiatria.com/ar-ticulos/demencias/)
- Franco, P. (2008) Saber Envejecer: Aspectos Positivos y nuevas Perspectivas. Foro de Educación 2008; 10(1): 369-383 extraído el 10 de marzo del 2016 de <http://www.forodeeducacion.com/numero10/022.pdf>
- Giró, J. (2006). Envejecimiento activo envejecimiento positivo. Logroño, España: Universidad de la Rioja.
- González, J. (2002). El paciente de edad avanzada: un paciente diferente. México: Trillas
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. (4ta. ed.). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera & Kornfeld (2008). Revista Expansiva, "Relación familiar y bienestar de los adultos mayores en Chile.
- INEI (2012). Informe Técnico N° 03, setiembre 2012, "Situación de la Niñez y del Adulto Mayor, abril-junio 2012". Link: <http://www2.pcm.gob.pe/Prensa/ActividadesPCM/2012/Septiembre>

e/Documentos/Ni%C3%B1ez%20y%20Adulto%20Mayor%20-%20Abr-MayJunr%202012.pdf

- Inga, J. & Vara, A. (2006). Factores Asociados A La Satisfacción De Vida De Adultos Mayores De 60 Años En Lima-Perú. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 475-485, octubre-diciembre de 2006.
- Licas, M. (2015). Nivel De Depresión Del Adulto Mayor En Un Centro De Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014. Trabajo de tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- López, H. (2012). Depresión en las Personas Internas del Asilo de Ancianos Madre Teresa de Coatepeque, Quetzaltenango. (Tesis Presentada al consejo de la Facultad de Humanidades para optar el Título de: Psicóloga)
- Marín, J. (2003). Envejecimiento. Revista de salud pública; 3 (1): 28-33. Recuperado el 10 de marzo del 2016 de <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>
- Martín, M. (2001) Envejecimiento y cambios psicológicos. Extraído el 10 marzo del 2016 de <http://www.psiconet.com/tiempo/monografias/cambios.htm>
- Martínez, M. (2003). El paciente con enfermedad en estado terminal y el rechazo a la eutanasia. Tesis de licenciatura. Toluca, Edo. de México: Instituto Superior de Estudios para la Familia.
- Mérida, R. (2008) El envejecimiento. Revista online de psicología y humanidades de la universidad de Córdoba. Extraído el 10 de marzo del 2016 de [http://www.eepsys.com/cs/arti/2008\\_07.htm](http://www.eepsys.com/cs/arti/2008_07.htm)
- MIMDES (2006) Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. Lima, Perú: MIMDES.

- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013). PLANPAM 2013 – 2017, Plan Nacional para las personas adultas mayores. 1ra edición. CorpoGrafem. Lima
- Organización Panamericana de la Salud (2016) centro de prensa. La salud mental y los adultos mayores. Recuperado el 15 de octubre del 2016 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2002) Promover: un estilo de vida para las personas adultas mayores. Washington D.C., EEUU: OPS
- Patiño, F. (2006) Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005. (Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública con Énfasis en Salud Mental).
- Quinto, M. & Sánchez, D. (2012). Depresión en el Adulto Mayor que asiste a un Club de la Tercera Edad. (Tesis para Acreditar la Experiencia Educativa: Experiencia Recepcional)
- Sánchez, I. & Castañeda, H. (2008). Prevalencia de depresión en adultos mayores de 65 años y propuesta de intervención preventiva. Geroinfo: Publicación de Gerontología y Geriatria. RNPS.2110. Vol.3 No.3, (2008)
- Schaie, K. (2003). Psicología de la edad adulta y la vejez. Madrid, España: Pearson Educación.
- Sepúlveda, C.; Rivas, E.; Bustos, L. & Illesta, M. (2010). Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, Padre de las Casas y Nueva Imperial. Ciencia y Enfermería XVI (3): 49-61, 2010. Santiago de Chile.

- Silva, A. (2008) Papel del psicólogo en el envejecimiento cognitivo. Extraído el 10 de marzo del 2016 de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2128](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2128)
- Tello, M. (2015). Nivel De Satisfacción Del Adulto Mayor Con Respecto Al Tipo De Funcionamiento Familiar En Un Centro De Atención De Salud Del Minsa. 2014. Trabajo de tesis para optar por el título de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- Zavala, M., Posada, S. & Cantú, R. (2010). Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villa Hermosa, México. Archivos en Medicina Familiar, vol. 12, núm. 4, octubre-diciembre, 2010, pp. 116-126.
- Zavala, L. (2010). Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo en el 2009.