

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Clima Familiar y depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II.
Programa del adulto mayor - Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre
2021**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTORAS:

Rosa Isabel Astolingón Vela

Leidy Kalen Vilca Lucana

ASESORA:

Lic. Enf. Mg. Lucy Amelia Villena Campos

Tarapoto - Perú

2021



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Clima Familiar y depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II.
Programa del adulto mayor - Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre
2021**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTORAS:

Rosa Isabel Astolingón Vela

Leidy Kalen Vilca Lucana

ASESORA:

Lic. Enf. Mg. Lucy Amelia Villena Campos

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Clima familiar y depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II.
Programa del adulto mayor - Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre
2021**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTORAS:

Rosa Isabel Astolingón Vela

Leidy Kalen Vilca Lucana

ASESORA:

Lic. Enf. Mg. Lucy Amelia Villena Campos

Tarapoto – Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Clima familiar y depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II.
Programa del adulto mayor - Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre
2021**

AUTORAS:

Rosa Isabel Astolingón Vela

Leidy Kalen Vilca Lucana

Sustentada y aprobada el 22 de diciembre del 2021,

ante el honorable jurado:

.....
Obsta Dra. Orfelma Valera Vega

Presidente

.....
Lic. M.Sc. Luz Karen Quintanilla Morales

Secretaria

.....
Lic. Enf. Flor Enith Leveau Barrera

Vocal

Constancia de asesoramiento

La que suscribe el presente documento, hace constar:

Que he revisado y bajo mi asesoramiento los señores Bachilleres en enfermería **Rosa Isabel Astolingón Vela y Leidy Kalen Vilca Lucana**, han ejecutado el proyecto de investigación titulado:

Clima familiar y depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021.

La misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 22 de diciembre de 2021.

Atentamente,


.....
Lic. Enf. Mg. Lucy Amelia Villena Campos
Asesora

Declaratoria de autenticidad

Rosa Isabel Astolingón Vela, con DNI N° 71217541 y **Leidy Kalen Vilca Lucana**, con DNI N° 72801290, bachilleres de la Escuela profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín, autoras de la tesis titulada: **Clima familiar y depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021.**

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumimos bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de nuestro accionar, sometiéndonos las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto, 22 de diciembre de 2021.




.....
Bach. Rosa Isabel Astolingón Vela

DNI N° 71217541




.....
Bach. Leidy Kalen Vilca Lucana

DNI N° 72801290

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Astolingón Vela Rosa Isabel		
Código de alumno :	71217541	Teléfono:	943698852
Correo electrónico :	rossisa20@hotmail.com	DNI:	71217541

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la Salud.
Escuela Profesional de:	Enfermería.

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	()
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título :	Clima familiar y depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor - Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021
Año de publicación:	2021

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

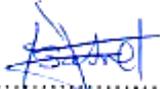
7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".


.....
Firma del Autor



8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

13/01/2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología
e Innovación de Acceso Abierto - UNSM.

Ing. M.Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres: Vilca Lucana Leidy Kalen	
Código de alumno : 72801290	Teléfono: 942 060343
Correo electrónico : leKavilo_1997@hotmail.com	DNI: 72801290

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de: Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de: Enfermería

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de investigación	<input type="checkbox"/>
Trabajo de suficiencia profesional	<input type="checkbox"/>		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título : Clima familiar y depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus tipo II. Programa del Adulto mayor - Centro de Salud Morales, Mayo a Octubre 2021.
Año de publicación: 2021

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	<input checked="" type="checkbox"/>	Embargo	<input type="checkbox"/>
Acceso restringido **	<input type="checkbox"/>		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

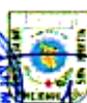

.....
Firma del Autor



8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

13/01/2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología
e Innovación de Acceso Abierto - UNSM.

.....
Ing. M.Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

El presente trabajo investigativo le dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres Dina Lucana y Bentura Vilca, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hija, son los mejores padres.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Leidy Kalen.

Dedico esta tesis a Dios por haberme otorgado fortaleza, perseverancia y salud para poder concluir mis estudios universitarios.

A mis padres: Rosa Vela y Almilcar Oswaldo Astolingón, que sin ellos no hubiera logrado esta meta en mi vida profesional, por estar a mi lado en cada etapa, por su amor, apoyo moral, comprensión y educación.

A mis hermanos José y Estéfany, por ser mi apoyo incondicional y a mi abuelita por su amor y aliento incondicional.

Rosa Isabel.

Agradecimiento

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestros padres: Rosa y Almilcar; y, Dina y Bentura, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de San Martín, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, a la Lic. Enf. Lucy Villena tutora de nuestro proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente, y a los usuarios del Programa de Diabetes del centro de Salud – Morales por su valioso aporte para nuestra investigación.

Las Autoras.

Índice de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de contenido.....	viii
Índice de tablas	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Marco Conceptual.....	1
1.2. Antecedentes.....	4
1.3. Bases teóricas.....	9
1.4. Justificación	25
1.5. Problema.....	26
II. OBJETIVOS	26
2.1. Objetivo General.....	26
2.2. Objetivos Específicos	26
2.3. Hipótesis de la investigación	26
2.4. Sistema de variables	27
III. MATERIAL Y MÉTODOS	28
3.1. Tipo de estudio	28
3.2. Diseño de la investigación.....	28
3.3. Universo, población y muestra	29
3.4. Procedimiento	30
3.5. Métodos e instrumento de recolección de datos	31
3.6. Plan de análisis e interpretación de datos	34
3.7. Aspectos éticos	34
IV. RESULTADOS	36

V. DISCUSIÓN	39
VI. CONCLUSIONES.....	43
VII. RECOMENDACIONES	44
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
IX. ANEXOS.....	55

Índice de figura

Figura	Título	Pág.
1	Clima familiar en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Según dimensiones: relaciones familiares, desarrollo personal y estabilidad.	36
2	Depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Según dimensiones: estado afectivo, trastorno fisiológico, trastorno psicomotor y trastorno psíquico.	37
3	Relación entre el clima familiar y la depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021.	38

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el clima familiar y la depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021. Estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo simple, de corte transversal, la muestra estuvo conformado por 160 adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor del Centro de Salud de Morales, como técnica se utilizo la encuesta y como instrumento para la variable independiente (Clima familiar) Cuestionario (FES) de RH. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett (1989), y para la variable dependiente (Depresión) La Escala de Depresión de Zung. Resultados: Con respecto a la variable clima familiar podemos concluir que en la dimensión **Relaciones Familiares**, el 57.5% (92) de los adultos mayores con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales, presentan un nivel medio, seguido de un 28.8% (46) nivel alto y un 13.8% (22) presentan nivel bajo. En la dimensión **Desarrollo Personal**, el 53.1% (85) de los adultos mayores, presentan nivel medio, el 34.4% (55) presentan nivel alto y un 12.5% (20) nivel bajo. Finalmente, en la dimensión **Estabilidad**; el 65.6% (105) de adultos mayores presentan nivel medio, seguido de un 24.4% (39) presentan nivel alto y un 10.0% (16) nivel bajo. El 53.8% (86) presentan depresión situacional, seguido de un 25.0% (40) presentan depresión ambulatoria, el 13.1% (21) presentan desorden emocional y un 8.1% (13) no presenten depresión. Concluyendo: existe relación significativa ($p < 0,016$) entre las variables Clima Social Familiar y depresión en los adultos mayores con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021.

Palabras clave: Clima familiar, depresión, diabetes mellitus, adulto mayor

Abstract

The aim of this research was to determine the relationship between family climate and depression in older adults with Type II diabetes mellitus. Elderly Program - Morales Health Center. May to October 2021. This was a quantitative, non-experimental, simple descriptive, cross-sectional study, the sample consisted of 160 older adults who attend the program for the elderly at the Morales Health Center, the survey was used as a technique and RH Questionnaire (FES) was used as an instrument for the independent variable (Family Climate). Moos, B.S. Moos and E.J. Trickett (1989), and the Zung Depression Scale for the dependent variable (Depression). Results: Regarding the family climate variable, it can be concluded that in the Family Relations dimension, 57.5% (92) of the older adults with diabetes mellitus type II of the elderly program - Morales Health Center, have a medium level, followed by 28.8% (46) with a high level and 13.8% (22) with a low level. In the Personal Development dimension, 53.1% (85) of the older adults have a medium level, 34.4% (55) have a high level and 12.5% (20) have a low level. Finally, in the Stability dimension, 65.6% (105) of the older adults had a medium level, followed by 24.4% (39) with a high level and 10.0% (16) with a low level. A total of 53.8% (86) presented situational depression, followed by 25.0% (40) presented ambulatory depression, 13.1% (21) presented emotional disorder and 8.1% (13) did not present depression. Conclusion: there is a significant relationship ($p < 0.016$) between the variables Family Social Climate and depression in older adults with Type II diabetes mellitus, Elderly Program - Morales Health Center. May to October 2021.

Key words: family climate, depression, diabetes mellitus, elderly.



TÍTULO:

Clima familiar y depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Conceptual

A nivel mundial existe un incremento de población que pertenece a la tercera edad esto ha variado de forma notable la pirámide poblacional. El aumento de la longevidad determina que la mayoría de los países exhiben una expectativa de vida al nacer superior a los 70 años de edad” (1).

De igual manera este grupo presenta una serie de alteraciones y problemas de salud conforme avanza la edad como es el deterioro de algunas capacidades físicas, sociales y psicológicas que pueden desencadenar problemas de salud mental, entre ellas la depresión considerada como uno de los padecimientos más frecuentes y asociados a una alta morbilidad y mortalidad (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la principal causa de discapacidad, en la actualidad, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representa las enfermedades depresivas está aumentando. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegara a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentara si corren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés (3).

Se estima que para el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial también será la primera en países desarrollados, así como la causa de incapacidad y muerte después de las enfermedades cardiovasculares; es la carga personal de un cuadro depresivo con una duración de 6 a 8 meses es más severa e incapacitante que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (4).

En la población de América latina, la presencia de episodios depresivos mayor es de 12.8 % y para episodio depresivo de menor 3.4% y en México el 12 al 20% de la población de

65 años están deprimidos. Sin embargo, la etapa de la vejez es un proceso complejo influido por diversos factores los cuales son reflejados en esta etapa de vida y se va encontrar afectaciones o disminuciones en los cinco sentidos sensoriales (5).

Por otro lado, en esta etapa la persona ha concluido sus proyectos, por lo tanto, puede tener una vida placentera. “Muchas veces se ve afectada debido a los factores que amenazan la estabilidad en los adultos mayores, como son la jubilación o el desempleo que traen consigo angustia depresión, así como trastornos del sueño, debido a que se ubican en una situación de dependencia o decadencia económico. De igual forma el maltrato físico y psicológico, aislamiento social y viudez, otro aspecto principal son las enfermedades, que en su mayoría suelen ser crónico o degenerativa (6).

Una de estas enfermedades es la diabetes mellitus tipo II, que en la actualidad es un problema de salud pública creciente, de manera que el número estimado de adultos viviendo con diabetes alrededor del mundo ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en el 2014, representando un incremento del 4,7% al 8,5% de prevalencia de diabetes en la población adulta. Este aumento es mayor en países de ingresos bajos y medios (PIBM) (7). En los cuales además existen serias dificultades para el diagnóstico y manejo de esta condición, resultando en mayor discapacidad y muerte (8-9).

La diabetes mellitus tipo 2 representa una carga de enfermedad importante en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad (7-10). A pesar de los esfuerzos para disminuir el impacto negativo en mortalidad de esta, y otras enfermedades crónicas no transmisibles, el camino es largo y probablemente aún más complejo para países de ingresos medios y bajos (11-12).

Diversos estudios han reportado asociaciones entre los trastornos del estado del ánimo, diabetes y sus desenlaces. La co-existencia de depresión y diabetes ha sido particularmente analizada en el contexto de desenlaces cardiovasculares, mortalidad cardiaca y mortalidad en general. Resulta interesante lo que se ha reportado: a) la depresión y la diabetes frecuentemente están relacionadas, b) la diabetes aumenta el riesgo de depresión y c) la presencia de depresión aumenta el riesgo de desarrollar diabetes (13).

Este último punto es de particular reflexión debido a que, si la depresión es potencialmente modificable, su tratamiento también podría contribuir a la disminución del riesgo de diabetes. Aún no está claro si la asociación depresión-diabetes puede ser explicada por la presencia de otros trastornos mentales. La depresión frecuentemente se acompaña de ansiedad y de otras alteraciones mentales tales como trastornos de la conducta alimentaria y abuso de alcohol.

Por ejemplo, 50-75% de los pacientes con trastornos de la alimentación tienen depresión mayor. También es posible que una persona desarrolle un trastorno de alimentación después de presentar un episodio depresivo. En el estudio de De Jonge y Cols (2014), se evaluó la asociación entre una amplia gama de trastornos mentales y diabetes en alrededor de 2,500 personas mayores de 21 años. Se observó que el riesgo de desarrollar diabetes en pacientes con depresión fue del 30 al 40% (13).

En el 2013 en Estados Unidos se realizó un estudio denominado “DAWN 2” (actitudes, deseos y necesidades de la diabetes), que abarcó a 13 países a nivel mundial, los resultados de dicha investigación revelan que algunos trastornos psicológicos como ansiedad y depresión tienen mayor prevalencia en diabéticos que la población en general, más o menos se estima de un 15 a 20% más; adicional a esto la falta de apoyo profesional, es decir que los especialistas no identifican estas alteraciones emocionales en los pacientes pues carece de importancia para los especialistas (14).

Según la investigación realizada por Rodríguez Calvín J.L y Cols (2015), en Madrid-España se estima que la depresión afecta hasta en un 32.7% de diabéticos, de estos un 3.3% desarrolla depresión severa disminuyendo la calidad de vida del paciente, rechazo al tratamiento, ayudando al desarrollo de enfermedades asociadas a la diabetes (15).

En el Perú según el MINSA la Diabetes Mellitus Tipo 2 es la 6ta causa de carga de enfermedad y se estima 2,872, 000 casos de personas con Diabetes Mellitus, la prevalencia es menor al 10% en adultos mayores menores de 60 años y mayor al 20% en mayores de 60 años. Según la Sociedad Peruana de Endocrinología demostró que afecta a dos millones de personas y es la décima segunda causa de años de vida saludable perdidos (16).

Los trastornos como la depresión, ansiedad y estrés y su asociación con la diabetes incrementan la mortalidad de los pacientes. Se considera que “las alteraciones psico emocionales de los pacientes con Diabetes Mellitus son el resultado de un estado perceptivo o mental por la carga emocional que acarrea esta enfermedad crónico degenerativa” (17), considerando la importancia de abarcar la enfermedad desde un punto de vista psicológico. Puesto que hay una serie de alteraciones orgánicas y psicológicas que ponen en riesgo la salud y hasta la vida misma del paciente (18).

Las exigencias a las que se sienten sometidos estos pacientes como consecuencia de la enfermedad y en algunos no contar con el apoyo económico y emocional por parte de las familias inciden de manera negativa en la calidad de vida de los pacientes, y la amenaza latente de posibles complicaciones para su salud, así mismo los diabéticos sienten una gran ansiedad y temor de que su enfermedad se agrave (19).

1.2. Antecedentes

Al revisar las fuentes se ha podido ubicar trabajos que guardan relación con cada una de nuestras variables, siendo estos valiosos aportes:

Villa C. (2018), investigó: “Habilidades sociales en las familias de los estudiantes del Colegio Nacional Chambo. Riobamba-Ecuador”. Tuvo como objetivo: determinar el desarrollo de las habilidades sociales en las familias de los estudiantes de Décimo año de Educación General Básica paralelo “A” del Colegio Chambo. La metodología que se utilizó fue por el diseño no experimental, por el tipo de estudio transversal y por el nivel correlacional, la población fue los estudiantes del Colegio Nacional “CHAMBO”, la muestra fue no probabilística e intencional ya se trabajó con los 34 estudiantes de la instituciones seleccionada, las técnicas utilizadas fueron pruebas psicométricas, los instrumentos que se utilizó son la lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein y la escala del clima social familiar “FES”, los resultado obtenidos fue que los estudiantes presentan niveles medios y altos en torno a sus habilidades sociales, mientras que el nivel de desarrollo del clima social familiar es inadecuado dado que cuando se tiene un problema familiar, no siempre se ayudan entre sí para solucionarlo (21).

Tápia G. (2016), investigó: “Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores con diabetes Mellitus Tipo II” pasaje Provincia El Oro-Ecuador. Tiene como objetivo determinar las características sociodemográficas, comorbilidades, funcionalidad familiar y el grado de depresión de los adultos mayores con diabetes mellitus Tipo II y establecer la posible relación entre la Depresión y la funcionalidad familiar en los adultos mayores con diabetes Mellitus Tipo II. Estudio es de tipo prospectivo, descriptivo, analítico y de diseño transversal de causalidad, se incluyeron a 80 adultos mayores del club de diabéticos del Centro Anidado del Hospital San Vicente de Paul, mediante un muestreo aleatorio simple. Se aplicó una encuesta semiestructurada para la recolección de los datos sociodemográficos, el Test de Hamilton y el Test FF-SIL Para el análisis estadístico se aplicó el software SPSS versión 16. Se determinó su asociación mediante la prueba de Chi cuadrado (X^2), valor de p, magnitud del efecto (V de Cramer) y Odds Ratio (OR), con un intervalo de confianza al 95%. La muestra calculada estableció que exista mayor número de mujeres y pertenecían en su mayoría a familias funcionales; además la mayoría de pacientes tenían algún grado de depresión. No se encontró una relación estadísticamente significativa al 95% de probabilidad, se encontró un de $p > 0,05$ (0.190) y un valor de chi cuadrado de 1.740 a 1 grado de libertad y una magnitud de efecto con el V de Cramer (0,146). Por lo que se concluye que no existe relación entre las variables depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo II (22).

Guaya J. (2016). Investigó: “Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, Región 7 del Ecuador”. Tuvo como objetivo: Evaluar la funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores de la zona 7, Ecuador. Estudio prospectivo, descriptivo, analítico y transversal, entre enero a diciembre 2016 a través de entrevista personal casa a casa a 1146 adultos mayores de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe, con instrumento de recolección de información sociodemográfica, el test de funcionalidad familiar FF-SIL y la escala geriátrica de depresión de Yesavage modificada, como parte del estudio macro: “Calidad de vida del adulto mayor zona 7”, utilizando el programa SPSS, versión 16. La funcionalidad familiar se relacionó con depresión donde el 39% de adultos mayores que viven en familias disfuncionales presentan depresión; también con los factores de riesgo en orden de prevalencia: vivir sin pareja 57,31%, pertenecer a la cuarta edad, 53,21%, padecer de enfermedades crónicas, 48,83%, con el sexo femenino 48,38%; y autoidentificarse como

mestizo 47,12%. La funcionalidad familiar se relaciona con los factores protectores y de riesgo (23).

Arias D. (2020), investigó: “Clima social familiar y depresión en adultos mayores de la Casa Hogar Obispo Grozo de Cajamarca-Perú”. Tuvo como objetivo: determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en adultos mayores de la casa hogar Obispo Grozo, Cajamarca,2020. Metodología: cuantitativo, es un estudio no experimental cuyo diseño es descriptivo correlacional básico. La técnica de recolección de datos empleada fue la encuesta a través de la Escala de Clima Social Familiar (Family Environment Scale FES), de R. H. Moos, B. S. Moos y E. J. Trickett y la Escala De Depresión Geriátrica – Test de Yesavage. Participantes: 30 personas de la tercera edad de la casa hogar Obispo Grozo Cajamarca. Resultados: Se determinó que el 3.3% presenta clima social familiar bajo, 10% promedio, 20% alto y el 66.7% significativamente alto, Sobre depresión el 43,33% tiene depresión normal, el 53,33% depresión Leve y el 3,33% tiene depresión moderada. Así mismo, no existe relación entre el clima social familiar y la depresión, no existe relación entre las dimensiones relación y desarrollo del clima social familiar y la depresión, y una relación baja entre la dimensión estabilidad y depresión en los adultos mayores de la casa hogar Obispo Grozo Cajamarca. Conclusiones: No existe relación entre el clima social familiar y la depresión en adultos mayores de la casa hogar Obispo Grozo (24).

Duque T. (2017), investigó: “Relación entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del Club mi Esperanza, Corrales – Tumbes-Perú”. Estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, tuvo como propósito Determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales - Tumbes, 2017. El adulto mayor en esta etapa se enfrenta a una serie de pensamientos y sentimientos pues su estilo de vida cambia, más aún cuando por parte de la familia no se recibe el soporte emocional adecuado. Los adultos mayores del club mi esperanza refiere que en casa no es lo mismo que antes pues los mismos familiares hacen que se sientan inútiles al prohibirles hacer las cosas que ellos sienten que si las pueden hacer sin ninguna dificultad, es allí cuando se sienten tristes sin ganas de hacer nada. La población estuvo conformada por 30 adultos mayores entre las edades de 65 a 80 años del sexo masculino y femenino. Para la medición de las variables se utilizó como instrumentos

la Escala de Clima Social Familiar (FES), y Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung. Para determinar la relación entre las variables se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman. Como resultado se obtuvo que no existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión. Se llega a la conclusión que no existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club Mi Esperanza, Corrales - Tumbes, 2017 (25).

Sánchez F. (2019), investigó: “Depresión en el adulto mayor y su relación con el cuidado familiar. Barranca-Perú”. Tuvo como objetivo: determinar el nivel de depresión del adulto mayor y su relación con el cuidado familiar. La hipótesis plantea lo siguiente: si existe relación entre el nivel de depresión y el cuidado familiar del adulto mayor. Estudio descriptivo correlacional que se realizó en una muestra conformada por pacientes del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor - Municipalidad de Barranca (CIAM), siendo un total de 60 según el reporte del año 2018. Para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos: Escala de autoevaluación para depresión de ZUNG y el cuestionario de Cuidado Familiar del adulto mayor. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 22.0, se realizó el análisis descriptivo de las variables en tablas y gráficos y para determinar la relación entre variables se aplicó la prueba no paramétrica del Chi cuadrado. En los resultados se encontró el valor de ($P= ,336$) es mayor a 0.05, por lo que no existe relación entre el nivel de depresión y el cuidado familiar del adulto mayor (26).

Condori S, Cruz G. (2018), investigaron: “Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo II, pacientes hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – Perú. Tuvo como objetivo principal determinar la existencia de una relación entre las variables. La muestra estuvo conformada por 194 personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudían por consultorio externo de endocrinología, obtenida por calculo probabilístico. La investigación fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, diseño correlacional y corte transversal. Para la recolección de datos, se utilizó como método la encuesta, como técnica la entrevista y como instrumentos se utilizaron un formulario de caracterización de la población en estudio seguido por dos cuestionarios: Test de APGAR familiar y el cuestionario MBG. El valor obtenido al aplicar la prueba estadística Chi cuadrado fue de ($p= 0.000$), lo que indica que existe una relación altamente

significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, comprobándose la hipótesis general de la presente investigación, por lo que se afirma que a mejor funcionalidad familiar mejor adherencia al tratamiento. El funcionamiento familiar que perciben los pacientes fue de disfunción leve en un (29.4%). La adherencia al tratamiento de los pacientes es parcial en un (73.2%) (27).

Velasco L. Martínez K. Quintanilla L. (2018), investigaron: “Depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales en la Casa de Reposo Mi divino Niño Jesús. Distrito de Morales-San Martín-Perú”. Tuvo como objetivo: Determinar la depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales de la casa de reposo mi Divino Niño Jesús. Distrito de Morales. Periodo Abril-Setiembre 2018, el estudio fue de tipo observacional, analítico de enfoque cualitativo, de diseño descriptivo transversal, la muestra estuvo constituido por 23 adultos mayores, utilizando como técnica la entrevista y como instrumento cuestionario. En los resultados obtenidos dentro de las características sociodemográficas, se puede evidenciar que el 60,87% (14) son de sexo masculino, el 39.13% (9) son viudos, el 34,78% (8) se encuentran entre las edades de 65 a 75 años de edad, el 39.1% tienen estudios primarios, el 47,83% (11) su ocupación es su casa, el 47.8% (11) presentan depresión leve, seguido de un 34.8% (8) depresión normal y un 17.4% (4) presentan depresión severa, en cuanto a los determinantes biológicos; la edad está relacionado al nivel de depresión leve con un 26.09% (6), el género está relacionado al nivel de depresión leve con un 34.78% (8), el estado nutricional está relacionado al nivel de depresión leve con un 39.13% (9), los antecedentes patológicos personales están relacionados al nivel de depresión leve con un 39.13% (9), los antecedentes patológicos familiares están relacionados al nivel de depresión leve con un 47.83%. (11), en los determinantes psicológicos; las relaciones con los demás están relacionados al nivel de depresión leve con un 47.83% (11), el Neurotismo está relacionado al nivel de depresión leve con un 39.13% (9), los grupos por tipos de personalidad están relacionado al nivel de depresión leve con un 30.43% (7) y en determinantes sociales; el estado civil está relacionado al nivel de depresión leve con un 30,43% (7), la procedencia está relacionado al nivel de depresión normal con un 39,13% (9), las necesidades de comunicación social están relacionado al nivel de depresión leve con un 34,78% (8), los servicios básicos están relacionados al nivel de depresión leve con un 39.13% (9), el acceso al sistema de salud está relacionado al nivel de depresión leve con un 52,17%. (12), la convivencia está

relacionado al nivel de depresión leve con un 43,48% (10), la situación familiar está relacionado al nivel de depresión leve con un 60,87% (14); así mismo se evidencia que 7 adultos mayores presentan factores psicológicos relacionado al nivel de estrés leve con un 43.75%, A sí mismo 5 adultos mayores presentan factores biológicos relacionados al nivel de estrés leve y 4 adultos mayores presentan factores sociales relacionados al nivel de estrés leve, con un 25.00% (28).

1.3. Bases teóricas

Clima Familiar

Para Moos, R. Considera que el clima familiar es la apreciación de las características socio-ambientales de la familia, la misma que es descrita en función de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica (26).

El ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo; asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que este contempla una compleja combinación de variables organizacionales y sociales, así como también físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo (29).

Así mismo Galli, Calderón y De la Torre, consideran que la manera cómo los Padres educan a sus hijos, crean el clima familiar dependiendo del tono del ambiente familiar penetrado de gravedad y cordura, la armonía conyugal, el cuadro de valores que los cónyuges aceptan, la serenidad del hogar doméstico y la fijación de actitudes que declaran después relativamente estables durante la vida. Por otro lado, Rodríguez R. y Vera V. (1998), asumen la definición del clima social familiar como el resultado de sentimientos, actitudes, normas y formas de Comunicarse que lo caracterizan cuando los componentes de la familia se encuentran reunidos (29).

Componentes del Clima Social Familiar

Moos y Trickett, Calderón y De la Torre, consideran que el clima Social familiar está conformado por tres dimensiones: Relaciones, desarrollo y Estabilidad, las que se definen en diez áreas, que se muestran a continuación (29).

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

- ✓ **Cohesión (CO):** Es el grado en que los miembros del grupo familiar están Compenetrados y se apoyan entre sí.
- ✓ **Expresividad (EX):** Es el grado en que se permite expresarse con libertad a los Miembros de familia comunicando sus sentimientos, opiniones y valoraciones respecto a esto.
- ✓ **Conflicto (CT):** Se define como el grado en que se expresa abiertamente la cólera, Agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

b) Desarrollo personal: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos Procesos de desarrollo personal, que pueden ser 20 fomentados o no, por la vida en común. Conformado por las sigüientes áreas:

- ✓ **Autonomía (AU):** Es el grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.
- ✓ **Área intelectual cultural (IC):** Se refiere a que en estas áreas realizamos nuestro proceso de aprendizaje, cultura, conocimiento del mundo, aquello que nos hace diferentes, donde articulamos una experiencia interior con nuestras respuestas al mundo exterior. Este camino lo recorremos a partir de la expresión de nuestras necesidades, pensamientos y emociones.
- ✓ **Área de moralidad y religiosidad (MR):** Mide la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.
- ✓ **Área social recreativa (SR):** Mide el grado de participación en diversas actividades de esparcimiento
- ✓ **Área acción o competitiva (AC):** Se define como el grado en el que las actividades (tal como el colegio o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o Competición.

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

- ✓ **Área Organización (OR):** Mide la importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- ✓ **Área Control (CN):** Se define como la forma en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos (30).

Características del Clima Social Familiar

Según Guelly, Rodríguez y Torrente, (citado por Fernández, G. 2015), para que la familia tenga un clima social adecuado debe de existir las siguientes características (29).

- ✓ Para que exista un buen clima familiar los padres deben estar siempre en comunicación con los demás miembros de la familia.
- ✓ Mostrar tranquilidad y estabilidad con su comportamiento hacia el niño.
- ✓ Los hijos demuestran el valor de respeto hacia los padres o tutores
- ✓ La madre debe tener una autoridad bien establecida no mostrarse ansiosa.
- ✓ No sobreproteger a los hijos de manera excesiva,
- ✓ No permitir la crisis económica aguda recaigan en las familias, no hay conflictos graves entre los padres y si los hubiera esto no los exponen delante de los hijos.

La familia y el clima social

La familia sigue siendo considerada como la estructura básica de la sociedad, cuyas funciones no han podido ser sustituidas por otras organizaciones creadas expresamente para asumir sus funciones. De éstas, la más importante, es aquella de servir como agente socializador que permite proveer condiciones y experiencias vitales que facilitan el óptimo desarrollo bio-psico-social de los hijos. Es innegable la importancia que tiene la familia para la supervivencia del individuo y el moldeamiento de su personalidad. Esta ha demostrado su gran adaptabilidad para adecuarse a las continuas transformaciones sociales; con todas sus limitaciones, la familia desempeña - y lo seguirá haciendo- un rol fundamental para la supervivencia y el desarrollo de la especie humana.

Es una entidad universal y tal vez el concepto más básico de la vida social; sin embargo, las familias se manifiestan de muy diversas maneras y con distintas funciones. El concepto

del papel de la familia varía según las sociedades y las culturas. No existe una imagen única ni puede existir una definición universalmente aplicable, es así que, en lugar de referirnos a una familia, parece más adecuado hablar de "familias", ya que sus formas varían de una región a otra y a través de los tiempos, con arreglo a los cambios sociales, políticos y económicos. La funcionalidad familiar, es el modo de vida de sus miembros dentro del núcleo familiar en base a normas de convivencia establecidas por el conjunto, da estabilidad y mantiene la congruencia entre ellos, existen cambios o situaciones que los desestabilizan, estos pueden ser las enfermedades crónicas o problemas de otra índole.

La familia es definida como una unidad social, compuesta por personas ligadas por lazos sanguíneos y afectivos, es de vital importancia para el adulto mayor porque genera un desarrollo óptimo para su salud. Como pilar fundamental de la sociedad enfrenta situaciones difíciles y cambios en su sistema familiar, si estos cambios son negativos recaen en los adultos mayores que son los más vulnerables, quienes están expuestos al abandono, maltrato, aislamiento familiar y social (31).

La familia funcional se caracteriza por cumplir con entusiasmo sus roles que son distribuidos entre todos los integrantes para favorecer el desarrollo de su familia. Un paciente con Diabetes mellitus dentro de una familia funcional logra mejorar su calidad de vida, su estado emocional y psicológico, se siente involucrado dentro de la familia recibiendo cuidados permanentes. La Diabetes Mellitus, ha cobrado vidas debido a los deficientes estilos de vida y a los factores que la contribuyen como son la mala alimentación, la obesidad el uso de psicofármacos, el abandono familiar, que se da a partir de la disfuncionalidad familiar.

El adulto mayor en muchos casos llega a presentar depresión, sin la ayuda de la familia tienen un pobre control glicémico que a su vez afecta más el estado de ánimo del paciente ⁽⁴¹⁾. En toda sociedad las familias son espacios de socialización, formación y protección, brindan estilos de vida saludable a sus miembros especialmente al adulto mayor frágil y vulnerable. La dinámica familiar funcional integra sentimientos afectivos, comportamientos adecuados donde todos sus miembros se sientan incluidos en el núcleo familiar y en la sociedad.

A diferencia de la familia disfuncional que imponen reglas, mantiene una comunicación con rigidez y no permite que el adulto mayor se involucre en la sociedad; a consecuencia genera síntomas depresivos como: sentimientos de tristeza y de culpa, soledad, fracaso, desesperanza, estrés, problemas para realizar sus actividades de la vida diaria y no llevar una vida saludable (32).

Dimensiones del clima social familiar

(García, 1993): (García, V. et al, 1993): La escala familiar, conocida como FES (Clima Social en la Familia) está integrada por 90 elementos estructurados en torno a tres grandes dimensiones (33).

- ✓ Dimensión de relaciones familiares, que incluye cohesión, expresividad y conflicto; dimensión de desarrollo, integrada por autonomía, actuación y los aspectos intelectual-cultural, social-recreativo, moralidad-religiosidad
 - ✓ Dimensión de estabilidad, en la que se encuentran la organización y el control
- Moos, R.H y Moos B,S (1981), realizan la siguiente consideración ante las dimensiones del clima social familiar (Isaza & Henao, 2010)

Las relaciones familiares: conformada por “el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza” (Iza & Henao, 2010 p. 21). Está formada por la cohesión, que es el grado en que los miembros de la familia se apoyan y ayudan entre sí; la expresividad, grado en que se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos; el conflicto indica el grado de problemas que existe en la familia, como también, el nivel en el que se manifiesta la agresividad, ira, enojo (34).

Desarrollo Personal: la cual apunta a los procesos de despliegue personal que se dan y propician dentro de la familia. Ésta comprende la autonomía que trata del grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos; la actuación indica el nivel de las actividades familiares que están orientadas a la acción; lo intelectual –cultural que significa el grado de interés en las actividades intelectuales y culturales; la social-recreativa, que mide el grado de participación en actividades lúdicas y deportivas, y la moralidad-religiosidad, manifiesta el nivel de jerarquía que se presta a los valores morales, religiosos y éticos.

Estabilidad: se refiere a la estructura y formación de la familia y a la manera en que el control se ejerce entre sus miembros (Isaza & Henao, 2010). Está formada por la organización que evalúa el nivel de prioridad que se da a las actividades planificadas, compromisos, normas, reglas familiares que orientan al sistema familiar (35).

La Depresión

La OMS (2014), citado por Becerra, M. (2013), define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (36).

Es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es: tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras (37).

Ésta se acompaña de un sentimiento profundo de futilidad e incapacidad para experimentar placer. Las personas que sufren depresión tienen un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos de la emoción y el comportamiento. Las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) están afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje, y la sexualidad (37).

Este trastorno afectivo se ha convertido en un problema de salud pública por la magnitud y trascendencia con que se presenta. Este padecimiento tiene y tendrá un peso cada vez mayor debido al envejecimiento de la población y la transición epidemiológica en nuestro país.

El episodio depresivo que se presenta en pacientes geriátricos puede ser la recurrencia de un trastorno depresivo de inicio temprano, es decir, antes de los 60-65 años, o aparecer por primera vez durante esta edad. Estos episodios se asocian con una serie de factores biológicos y socioculturales, unos establecidos en forma clara y otros comprendidos de manera incompleta (36).

Considerando los factores biopsicosocial, espiritual y cultural que interactúan dinámicamente en un individuo, entenderemos que en esta etapa suelen ocurrir graves pérdidas: cónyuge, amistades, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, etc. Esto pone en marcha mecanismos de adaptación que cuando no funcionan, conllevan a una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad. El grado de adaptación ante estas pérdidas, no solo será en función de recursos psicológicos, también dependerá de otros como económicos, sociales y familiares con los que cuente el adulto mayor (37).

Clasificación de la depresión

La depresión se puede clasificar de acuerdo a sus signos y síntomas como depresión leve, depresión moderada, depresión severa.

- ✓ **Depresión leve.** Es la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y la pérdida de interés en las cosas que antes uno disfrutaba. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. La depresión leve es una enfermedad común que en ocasiones el propio paciente ignora o niega. El peligro que entrañan las depresiones leves es que sus víctimas no se definen a sí mismas como depresivas. Las personas con depresión leve suelen pensar que todo el mundo se siente como ellas, que es normal su tristeza. La depresión leve es una enfermedad que comienza con leves indicaciones que de no ser correctamente tratadas derivan en un estado de padecimiento crónico y recurrente (36).
- ✓ **La depresión moderada.** Puede causar dificultades con trabajo o con tareas diarias. Más de los síntomas son presentes que se encuentran en la forma suave de la depresión y son generalmente más obvios. En un episodio moderado de la depresión, las características centrales son humor bajo, la carencia del disfrute, el pensamiento de la negativa y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido (36).
- ✓ **La depresión severa:** Es en estado en el cual las personas siempre se encuentran de mal humor, realizan movimientos lentos, presentan sensación de cansancio, en muchos casos las personas que presentan depresión severa se encierran en un cuarto y rompen en llanto, ya que siempre se sienten con falta de afecto y con intenciones de acabar con su vida (36).

Dimensiones de la depresión.

La depresión es una enfermedad mental. Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo.

La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento, dentro de ello se consideran los siguientes.

- ✓ **Estado afectivo:** Durante la vejez, las relaciones personales y familiares siguen siendo un aspecto fundamental en la vida de las personas. En esta etapa, más que en otras, se suelen acumular pérdidas afectivas demostrándose en tristezas y decaimiento.
- ✓ **Trastorno fisiológico:** El cerebro disminuye su volumen, pero no por una pérdida generalizada de neuronas. Hay menor capacidad de atención, memoria de trabajo y trastornos motores. La masa muscular disminuye y aumenta su infiltración grasa, asociado a disminución progresiva de la fuerza, manifestándose en llanto, dificultades para dormir, problemas con la sexualidad, adelgazamiento, estreñimiento y cansancio.
- ✓ **Trastorno psicomotor:** La psicomotricidad es una disciplina que engloba a la persona en su totalidad, integra sus interacciones afectivas, sociales, cognitivas, físicas y sensoriales, interacciones que expresa a través del cuerpo y del movimiento. Su origen se manifiesta por la intranquilidad, facilidad en hacer las cosas.
- ✓ **Trastorno psíquico:** Los trastornos mentales y neurológicos más frecuentes en la vejez son la demencia, la depresión y la ansiedad, manifestándose por la irritabilidad, toma de decisiones, deseo de morir y confianza.

Factores de riesgo:

Considerando los factores bio-psico-social, espirituales y culturales que interactúan dinámicamente en un individuo, entenderemos mejor la depresión en el anciano. En la vejez

suelen ocurrir graves pérdidas: cónyuge, amistades, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, etc.

Esto pone en marcha mecanismos de adaptación que cuando no funcionan, conllevan a una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad.

El grado de adaptación ante estas pérdidas, no solo será en función de recursos psicológicos, también dependerá de otros como económicos, sociales y familiares con los que cuente el anciano.

El género es un factor de riesgo fiable para trastorno de depresión, con un riesgo en mujeres de 1.5 - 2 veces mayor que en hombres (39).

Se ha reportado una relación directamente proporcional entre la edad y la pobreza. Las mujeres exhiben una incidencia mayor de pobreza, tanto por sus condiciones de género, como por sus opciones generacionales y el trato sociocultural. También hay diferencias al comparar ancianos/as residentes en áreas urbanas, con las rurales. La incidencia de la pobreza es mayor en éstos últimos. La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente productivo, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos.

Es común que, ante estos fenómenos, la respuesta del sujeto vaya hacia el aislamiento, estableciendo una pobre interacción con su familia y sus amistades. Si bien estas pérdidas no son causa-efecto de la depresión, si existe una relación cronológica entre ellas y el inicio de los síntomas. Por otra parte, la mayoría de los autores concuerdan en que el efecto representado por estas pérdidas, no es suficiente para explicar la aparición de un cuadro depresivo. Esta época de la vida predispone la eclosión de trastornos del humor (40).

Cuadro clínico y diagnóstico

La depresión en el anciano con frecuencia difiere en su presentación comparada con otras etapas de la vida, hay mayor comorbilidad, que oculta o disimula manifestaciones a través de quejas somáticas, así como a la presencia de deterioro cognoscitivo. Erróneamente, se

llega a considerar esto como parte del envejecimiento y no como un evento mórbido tratable (41).

Para diagnosticarla, es necesario identificar primero aquellos aspectos de la vida que solía disfrutar el paciente, por ejemplo: ver televisión, recibir visitas, la compañía de los miembros más jóvenes de la familia, escuchar música, etcétera, y posteriormente interrogarle sobre su capacidad de disfrute actual de tales situaciones (Sosa, A, et al, 2009, pg. 70-78) (41).

El insomnio es un síntoma de los trastornos del ánimo, o llega a ser un factor de riesgo al aumentar la incidencia de depresión en la vida tardía. Es importante conocer los cambios que la función de dormir presenta con la edad. Para el anciano, se va acortando el tiempo total de sueño, y duerme menos en las etapas profundas. Su sueño es fragmentado, con más despertares e inquietud en la cama, la latencia (tiempo que le toma quedarse dormido) es mayor, y su eficacia (relación entre el tiempo que duerme y el tiempo que pasa en la cama) es menor (41).

En algunas personas se puede observar, una clara alteración en las funciones cognitivas como: enlentecimiento psicomotor y alteración de la memoria de trabajo, así como de las funciones ejecutivas (planificación, secuenciación, organización y abstracción) y disminución en la fluidez verbal. El proceso neurodegenerativo por factores vasculares, actúa sobre el sistema serotoninérgico, provocando la depresión. Esto podría explicar la irreversibilidad de las alteraciones cognitivas después de la remisión ya que una de las principales características de la depresión son las alteraciones neuropsicológicas que se asocian a la gravedad del trastorno y que tiene implicaciones en el tratamiento y el curso pronóstico de la enfermedad (42).

Otro grupo de síntomas que con relativa frecuencia acompañan a la depresión grave son los síntomas psicóticos. Las ideas delirantes de ruina o pobreza, de culpa o de inutilidad y nihilistas. Las ideas suicidas deben ser consideradas una urgencia médica y habitualmente requieren hospitalización y/o una vigilancia estrecha por los familiares y supervisión médica (42).

Concepción de envejecimiento

El proceso de “maduración” y de “envejecimiento” humano tanto en sus estructuras como en sus funciones, es un proceso individual y colectivo a la vez, continuo y cíclico, eminentemente personal. Se da dentro del contexto de interrelaciones de variables físicas, químicas y biológicas, por un lado, con otras que son de carácter psíquico, cultural y social (43).

Las características que van tomando dichos procesos se ven afectadas por las rápidas transformaciones que se producen constantemente en el medio social humano. Algunas de las causas que dinamizan los cambios ecológicos, sociales, económicos, sanitarios, biológicos y psicológicos que ocurren en las sociedades son la industrialización de las actividades humanas y su tecnificación progresiva, la intensa urbanización de las poblaciones, el crecimiento demográfico, el desarrollo económico, los niveles de vida y las desigualdades sociales y económicas.

Tanto el desarrollo como el envejecimiento del hombre como ser vivo, son el resultado de la interrelación entre la “información genética” (ya que el programa del desarrollo del individuo está inscrito en el “código genético” de cada especie viva) y todas las variables naturales y socioculturales que constituyen el ambiente ⁽⁵⁶⁾, en el que se desarrolla la vida humana desde que se nace hasta que se muere.

Esta situación se repite en cada uno de nosotros, pero no en forma mecánica ni absoluta sino en forma dinámica, activa, de modo que dicha interrelación es variable, cambiante, particular (43).

Es necesario reconocer al envejecimiento endógeno o genético como proceso natural de declinación funcional del organismo humano, como uno de los períodos de nuestro “ciclo vital”, que responde a una exigencia de la vida y de la evolución de la especie. Sin embargo, también es importante destacar que el proceso de envejecimiento del hombre está particularmente afectado por los múltiples factores exógenos que pueden actuar acelerando ese proceso o anticipándolo, o bien, pueden retardarlo prolongando el período adulto o extendiendo la senescencia, si predominan no los “riesgos” biológicos, sociales y psicológicos sino los factores favorables a la salud y al bienestar personal y social. En

consecuencia, es posible señalar que el envejecimiento es un hecho “normal” puesto que es una “norma” en todos los individuos de la especie humana y en todas las especies vivas.

Aparece como “natural” por el hecho de ser inherente al mecanismo mismo de la vida en todas las especies vivas, es decir, como producto de la evolución. Sin embargo, los procesos individuales del envejecimiento son muy variables en el tiempo, en la causalidad asociada y en el individuo en el que adquieren características personales. La vejez no es definible por simple cronología sino más bien por las condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas analizadas. De este modo, pueden observarse diferentes edades biológicas y subjetivas en personas con la misma edad cronológica lo cual ocurre porque el proceso de envejecimiento es personal y cada sujeto puede presentar involuciones a diferentes niveles y en diversos grados al declinar ciertas funciones y capacidades más rápidamente que otras (43).

La “longevidad” se refiere a la extensión de la vida en cada individuo. Este valor no es extrapolable a toda la población porque su variación es muy grande, variación que está condicionada por la vida social. Desde un punto de vista fisiológico, el envejecimiento tisular comienza cuando termina el período de crecimiento, lo cual ocurre en el ser humano entre los 25 y 30 años. El proceso es gradual, progresivo y sólo se objetiviza después de los 40 años cuando el desgaste de los tejidos en relación con el potencial de reparación del organismo se hace evidente.

En general, se distinguen tres etapas en el proceso clínico del envejecimiento:

- ✓ Madurez avanzada: entre los 45 y los 60 años.
- ✓ Senectud: entre los 60 y los 75.
- ✓ Senilidad: más allá de los 75.

Esta división es bastante relativa pues como ya se mencionó, el envejecimiento se desarrolla en forma diferente de acuerdo con factores individuales y sociales y no sigue una cronometría rigurosa en cada persona.

Las poblaciones que viven en zonas subdesarrolladas y con bajos niveles de vida envejecen prematuramente, el organismo se deteriora al enfrentar más riesgos y el individuo envejece antes de lo que normalmente debería suceder. Esto se da no sólo en lo que respecta a la

mayor morbilidad clínica que apresura el envejecimiento, sino por la lucha constante por sobrevivir, lo que se convierte en factor de tensión y de envejecimiento prematuro en las poblaciones empobrecidas (43).

Cambios emocionales del adulto mayor con diabetes

- ✓ Aparecen síntomas que afectan al funcionamiento diario: malestar en el estómago, cansancio, picazón, infecciones frecuentes en piel, encía o vejiga.
- ✓ Controles médicos. Análisis.
- ✓ Cambios en la alimentación. Restricciones.
- ✓ Necesidad de realizar actividad física.
- ✓ Necesidad de controlar niveles de glucosa.
- ✓ Disfunciones sexuales, etc.
- ✓ Emociones negativas: preocupación, tristeza, angustia, etc (44).

Factores de riesgo por las que un adulto mayor con diabetes se deprime

Los Factores de riesgo por las que se deprime un adulto mayor y puede tener un mayor riesgo si:

- ✓ Es mujer
- ✓ Tiene una enfermedad crónica, como cáncer, diabetes o enfermedades del corazón
- ✓ Tiene una discapacidad
- ✓ Duerme mal
- ✓ Se siente solo o está socialmente aislado
- ✓ Tiene antecedentes personales o familiares de depresión
- ✓ Toma ciertos medicamentos
- ✓ Sufre de una enfermedad cerebral
- ✓ Usa indebidamente las bebidas alcohólicas o las drogas
- ✓ Ha tenido acontecimientos estresantes en la vida, como la pérdida de un cónyuge, un divorcio o enfrenta el cuidado de alguien con una enfermedad crónica (44).

Repercusiones de la diabetes en el adulto mayor

En la medida que se hace mayor el cuerpo va experimentando una serie de cambios a nivel fisiológico: los ciclos del sueño se alteran y nuestras barreras de defensa se tornan un poco

más sensibles, entre otros. Estos cambios provocan que algunas enfermedades nos afecten de un modo distinto. Asimismo, en las personas de edad avanzada el riesgo de comorbilidades o enfermedades asociadas a la diabetes tipo 2 es más elevado. En el caso de la diabetes tipo 2 existe una clara diferencia entre cómo se desarrolla en personas jóvenes y de edad más avanzada: y es que, entre los más mayores, algunos de los síntomas pasan desapercibidos, por considerarse parte del proceso de envejecimiento normal, y, en ocasiones, son incluso indetectables (45).

Adulto Mayor

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es toda persona mayor de 60 años, considerando la esperanza de vida, y sus condiciones del proceso de envejecimiento. En muchos de los casos son consideradas personas con incontinencia urinaria, enfermedades severas, con poca paciencia o quienes se encuentran alojados en centros para su cuidado (46).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que son consideradas personas de edad avanzada a aquellas personas con entre los 60 – 74 años, viejos y ancianos los que se encuentran entre las edades de 75 – 90.

Las Naciones Unidas catalogan a los ancianos de acuerdo a su procedencia, si es de un país desarrollado se encuentra entre las edades de mayores de 65 años y para en desarrollo entre las edades de los 60 años (47).

El adulto mayor está expuesto a diferentes cambios que conlleva por la edad que tiene, estos pueden ser biológicos, psíquicos, sociales y ambientales. Al ser trabajos estos factores incrementaran la esperanza de vida de las personas adultas mayores, previniendo y controlando enfermedades.

En muchos casos las personas adultas mayores, son consideradas un peso familiar por lo cual genera el abandono en ellos, dejándolos en asilos o en casas de reposo para su cuidado. El Plan Nacional para las Personas Adultos Mayores, lo clasifica de la siguiente manera según la funcionalidad (46):

- ✓ **Independientes:** Es la persona que realiza sus actividades diarias y básicas por sí mismo.
- ✓ **Persona frágil:** Son las personas con limitaciones en sus actividades diarias.
- ✓ **Dependiente o postrada:** Requiere de un permanente apoyo, debido a su estado crítico de salud.

Diabetes mellitus tipo 2 (DM)

Es conocida desde la antigüedad como una enfermedad caracterizada por elevación de los niveles plasmáticos de glucosa, sin embargo, hoy se sabe que se trata de un proceso complejo que incluye alteración del metabolismo de los lípidos y de las proteínas con daño vascular generalizado; además en el anciano, la alteración de la glucohomeostasis, promueve envejecimiento acelerado, pérdida de la función, degeneración vascular y nerviosa.

El adulto mayor vulnerable es aquel con alto riesgo de perder su autonomía funcional y por ende su independencia. Se caracteriza por la presencia de 2 o más síndromes geriátricos, así como alguna de las siguientes: alteración cognoscitiva, múltiples patologías, estrato socioeconómico bajo, residente de asilo y aquel con pobre apoyo social o aislamiento. La fragilidad es una condición de vulnerabilidad en la cual cualquier factor de estrés físico o psicológico es capaz de causar deterioro en el estado funcional y desenlaces adversos. Los adultos mayores diabéticos tienen mayor riesgo de desarrollar síndrome de fragilidad, incluso a una edad más temprana (45).

Esta enfermedad es paradigmática en geriatría, pues supone un modelo de envejecimiento acelerado y conjuga la pérdida funcional, los cambios asociados al envejecimiento, la complejidad por pluri patología y la aplicación de múltiples tratamientos, generando así la forma de presentación más frecuente de enfermedad en el adulto mayor conocida como "síndromes geriátricos", condiciones de salud multifactoriales que ocurren como consecuencia de los efectos de la acumulación de deterioros en múltiples sistemas volviendo a una persona vulnerable ante las demandas fisiológicas o patológicas (45).

Los síndromes geriátricos no identificados durante el curso de la enfermedad empeoran aún más el pronóstico, la funcionalidad, la dinámica familiar, los aspectos psicológicos y

la calidad de vida. Por lo anterior, es necesario sistematizar el diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en el adulto mayor vulnerable, debido a la gran heterogeneidad entre los ancianos y los adultos jóvenes, puesto que las metas de tratamiento y las estrategias para lograrlas son distintas en ambos grupos, teniendo la finalidad de retardar el desarrollo de la dependencia y reducir la morbi-mortalidad

Diagnóstico

Debido al alto riesgo de comorbilidades asociadas en adultos mayores con diabetes, se recomienda realizar una Evaluación Geriátrica Integral con el fin de identificar la pérdida funcional relacionada y el impacto de la discapacidad. Se define como vulnerable a todo adulto mayor con alto riesgo de perder su autonomía funcional y por ende independencia. El adulto mayor vulnerable se caracteriza por la presencia de 2 o más síndromes geriátricos, además de la presencia de alteración cognoscitiva, múltiples patologías, estrato socioeconómico bajo, residente de asilo y aquel con pobre apoyo social o aislamiento (45).

- ✓ El diagnóstico de diabetes mellitus a cualquier edad se debe establecer cuando ocurran síntomas de hiperglucemia como: Polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso, acompañado del resultado de una glicemia en cualquier momento del día 200 mg/dL, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida o con los siguientes criterios bioquímicos
- ✓ Hemoglobina glucosilada (HbA1c) \geq a 6.5%.
- ✓ Glucosa en ayuno mayor o igual a 126 mg/dL (Ayuno al menos de 8 horas). Glucosa en plasma a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/dL después de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (Según la técnica descrita por la OMS, por medio de una carga de glucosa anhidra de 75 gr. disuelta en agua).
- ✓ Síntomas de hiperglucemia y glucemia mayor o igual a 200 mg/dL, en cualquier momento del día (45).

Se debe tomar en cuenta que, en el adulto mayor, la presencia de varios de los síntomas de hiperglucemia (polidipsia, polifagia, poliuria), no suelen presentarse de la misma forma que en el adulto joven. Los síntomas de la diabetes en los adultos mayores son inespecíficos y de aparición tardía, entre los cuales se han documentado: fatiga o somnolencia, letargia, deterioro cognoscitivo, pérdida de peso, incontinencia urinaria, pérdidas del plano de sustentación, síntomas genitourinarios y alteraciones del estado conciencia (45).

1.4. Justificación

El clima social familiar está influido por la estructura de la familia, los valores imperantes en esta, el tipo de comunicación y de relación que mantienen sus miembros, las características socioculturales (etnicidad, estatus social, creencias religiosas, etc.), la estabilidad del sistema familiar, y la forma en que en este se promueve el desarrollo de sus miembros. Cuando el clima social familiar es adecuado se caracteriza por la existencia de un ambiente que facilita el crecimiento y desarrollo de cada uno de los individuos que componen la unidad familiar.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales consultas médicas, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida; el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social (20).

La justificación y/o importancia de esta investigación reside en conocer, observar, y describir como el clima familiar se relaciona con la depresión en los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II del Centro de Salud de Morales, afectando su desarrollo emocional, psicológico y físico, esto nos llevara a contrastar las teorías que existen sobre el clima familiar y la depresión y la realidad observada en el programa del adulto mayor del Centro de Salud de Morales.

A nivel social, el estudiar y comprender como estas variables afectan las diferentes dimensiones de la vida de los adultos mayores con diabetes Mellitus tipo II, serán de utilidad, porque al entenderlas, podremos generar un cambio que nos lleve a modificar y mejorar esta realidad.

A nivel práctico, con los resultados de esta investigación, se propondrá a los responsables del Programa del adulto mayor del Centro de Salud de Morales la implementación de acciones de intervención dirigida a la institución, cuidadores y familia para mejorar la realidad actual y contribuir al bienestar general de los adultos mayores.

Al mismo tiempo es imprescindible contar en el Programa del adulto mayor con profesionales de Psicología, con la finalidad de tratar problemas de depresión que se visibilizan en los adultos por diferentes factores.

Por último, servirá como base para futuras investigaciones, ya que, al tener un conocimiento científico más profundo sobre el tema, permitirá concientizar a la sociedad en general sobre la necesidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, aportando, por último, a la Escuela profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de San Martín al ser un referente teórico para otras investigaciones.

1.5. Problema

¿Cuál es el nivel del clima familiar y depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el clima familiar y la depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021.

2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar el clima familiar en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Según dimensiones: relaciones familiares, desarrollo personal y estabilidad.
2. Identificar la depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Según dimensiones: estado afectivo, trastorno fisiológico, trastorno psicomotor y trastorno psíquico.

2.3. Hipótesis de Investigación

Existe relación significativa entre el clima familiar y depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021.

2.4. Sistemas de Variables

✓ **Independiente:** Clima familiar.

✓ **Dependiente:** Depresión

2.4.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
Independiente Clima familiar	Es la percepción que se tiene del ambiente familiar, producto de las interacciones entre los miembros del grupo familiar, en el que se considera la comunicación, la libre expresión, la Interacción conflictiva que la caracteriza (20).	Se medirá a través de un cuestionario, teniendo en cuenta: relaciones familiares, desarrollo personal y estabilidad	Relaciones familiares	- Cohesión - Expresividad - Conflicto	1,2,3,4,5,6,7,8 y 9 10,11,12,13,14,15,16,17 y 18 19,20,21,22,23,24,25 y 26	Ordinal
			Desarrollo personal	- Autonomía - Área intelectual cultural - Área de moralidad, religiosidad - Área social recreativa - Área de acción o competitiva	27,28,29,30,31,32,33,34 y 35 36, 37 y 38 39,40,41 y 42 43, 44,45 y 46 47 y 48	
			Estabilidad	- Área de organización - Área de control	49 y 50 51,52,53,54,55,56,57,58, 59 y 60	

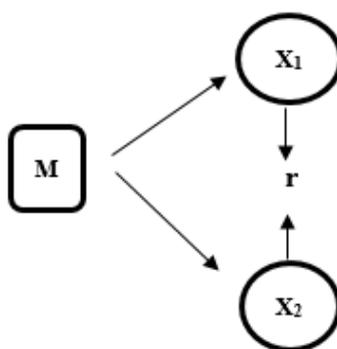
III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudio

El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, porque permitió la medición de las variables a estudiar (35).

3.2. Diseño de Investigación

El presente estudio, fue de de diseño descriptivo correlacional, cuyo esquema es el siguiente:



Dónde:

M: Representa la muestra. (Todos los adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo II, que asisten al programa del adulto mayor del Centro de Salud de Morales)

X1: Representa la variable independiente. (Clima familiar).

X2: Representa la variable dependiente. (Depresión).

r: Representa la relación entre las dos variables estudiadas

3.3. Universo, Población y Muestra

Universo

Estuvo conformado por todos adultos mayores, que asisten al programa del adulto mayor del Centro de Salud de Morales.

Población

La población estuvo conformada por 300 adultos mayores con diabetes Mellitus Tipo II que asisten al programa del adulto mayor del Centro de Salud de Morales. Durante el periodo de mayo a octubre 2021. (Fuente: Registro programa adulto mayor-Centro de salud Morales).

Muestra

Para el cálculo de tamaño de muestra, se utilizó la fórmula de muestreo aleatorio simple.

$$n = \frac{N * Z\sigma^2 p * q}{d^2 * (N - 1) + Z\sigma^2 * p * q}$$

Donde:

n= Muestra

N = Total de la población

Zα= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)

q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)

d = precisión (en su investigación use un 5%)

$$n = \frac{300 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (300 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

El tamaño de muestra seleccionada para la presente investigación fue de 160 adultos mayores con diabetes Mellitus Tipo II que asisten al programa del adulto mayor del Centro de Salud de Morales. Durante el periodo de mayo a octubre 2021, quienes deberán cumplir los criterios de inclusión y exclusión respectivamente.

3.3.1. Criterios de inclusión

Para ser considerados en el presente trabajo de investigación, se cumplieron con los siguientes criterios:

- Adultos mayores con diagnóstico de diabetes Mellitus Tipo II
- Adultos mayores que asistan al Programa del Adulto mayor del Centro de Salud de Morales.
- Adulto mayor sin distinción de sexo
- Adultos mayores que deseen participar voluntariamente en la presente investigación (Consentimiento Informado).

3.3.2. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Adulto mayor que no presente diagnóstico de diabetes mellitus tipo II
- Adulto mayor que no asiste al programa a partir de mayo del 2021.
- Adulto mayor que desee retirarse a medio estudio de investigación

3.4. Procedimientos

Para poder ejecutar el presente proyecto, se tendrá en cuenta los siguientes pasos:

- Se elaboró el proyecto y se presentó ante la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSM-T.
- Posteriormente, La Facultad nos asignó nuestra asesora de tesis para su acompañamiento en el desarrollo del proyecto a investigar.
- Obteniendo la constancia de asesoramiento firmada por parte de nuestra asesora, se presentó el proyecto de tesis ante la Facultad para la designación de nuestros jurados de tesis para sus revisiones y aprobación correspondiente.

- Al haber sido aprobado el proyecto de investigación, se emitió una solicitud de permiso dirigida a la Dirección del Centro de Salud de Morales, para acceder a aplicar el instrumento de investigación teniendo en cuenta los protocolos de seguridad de la COVID 19.
- Seguidamente se procedió a la recolección de datos del estudio, según definición de población y muestra.
- Posteriormente se procedió a la organización, análisis e interpretación de nuestros resultados y su respectiva formulación de los cuadros estadísticos.
- Se elaboró el informe de tesis para su aprobación del jurado de tesis
- Finalmente se procedió con la sustentación de la tesis.

3.5. Métodos de Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos: para la variable independiente (Clima familiar) Cuestionario (FES) de R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickeet (1989), y para la variable dependiente (Depresión) La Escala de Depresión de Zung.

- **Variable independiente: “Clima familiar”**

El instrumento a utilizar fue la Escala de Clima Social Familiar (FES) de R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickeet (1989), el instrumento original consistió en un cuestionario de 90 preguntas cerradas, que evaluó las principales características socio-ambientales de todo tipo de familias; fue modificado por las investigadoras Gómez Floriano, R y et, al, en el 2016, reduciendo a un total de 60 preguntas o ítems que siguen el formato de respuesta verdadero – falso acerca de la percepción que el sujeto tiene del ambiente familiar. Estos ítems se distribuyen en 10 sub- escalas que definen tres dimensiones:

Dimensión de relaciones familiares: Evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia, así como el grado de interacción Conflictiva que la caracteriza. Está integrada por tres sub – escalas:

- ✓ **Cohesión (CO):** Mide el grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan entre sí”.
- ✓ **Expresividad (EX):** Explora el grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.
- ✓ **Conflicto (CT):** Mide el grado en que se expresan libremente y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

Dimensión de desarrollo personal: Evalúa la importancia que se concede a ciertos procesos que permiten el crecimiento personal de cada miembro de la familia. Está integrada por cinco sub – escalas:

- ✓ **Autonomía (AU):** Grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones.
- ✓ **Área intelectual cultural (IC):** Grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.
- ✓ **Área moralidad-religiosidad (MR):** Importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.
- ✓ **Área social-recreativa (SR):** Importancia que se le da a las actividades sociales y recreativas dentro y fuera del hogar.
- ✓ **Área acción o competitiva (AC):** (tal como escuela o trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competitiva.

Dimensión estabilidad o mantenimiento: Evalúa el grado en que se estructura y organiza la vida familiar, así como el grado de control que se ejerce sobre los miembros de la familia. Está integrada por dos sub escalas:

- ✓ **Área de organización (OR):** Importancia que se da a una clara organización y estructura para planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- ✓ **Control (CN):** Grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

De acuerdo a los puntajes alcanzados en el instrumento, se establecieron las siguientes categorías:

Atributos	Puntajes
Nivel bajo de clima social familiar	0 - 26
Nivel medio de clima social familiar	27 - 40
Nivel Alto de clima social familiar:	41 - 60

- **Variable dependiente: Depresión**

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

En conjunto a las 20 frases abarcan síntomas depresivos, como expresión de trastornos emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas de elección tituladas. Así mismo se observó que en el lado izquierdo de la tabla de evaluación, comprende cuatro columnas en blanco encabezado por las respuestas: “Muy pocas veces”, “Algunas veces”, “Muchas veces” y “Casi siempre”.

A los participantes les fue imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque la mitad de los ítems fueron redactados como síntomas positivos y la otra mitad como síntomas negativos.

Calificación del Instrumento: Par obtener la calificación del instrumento, se colocó la hoja de respuestas bajo la guía de puntuación y se escribió el valor de cada respuesta en la columna de la derecha y la suma de todas ellas al pie de la página.

Para obtener el grado de depresión se comparó la Escala obtenida con la escala clave para efectuar el recuento, con un valor de:

- Muy pocas veces: 1
- Algunas veces: 2

- Muchas veces: 3
- Casi siempre: 4

Los niveles de depresión que considera el instrumento son los siguientes:

INTERPRETACIÓN	ESCALA
Dentro de los límites normales: No hay Depresión presente	Menos de 40
Desorden Emocional.	De 41 –60
Depresión situacional	De 61 – 70
Depresión ambulatoria (Tratamiento)	De 71 a más

La confiabilidad de este instrumento se evidencio por los resultados obtenidos en los rangos de Alfa de Cronbach, igualmente se demostro autenticidad de dicho instrumento:

RANGO	NIVEL DE CONFIABILIDAD
(0.7 – 0.8)	Bueno
(0.8 – 0.9)	Muy Bueno
(0.9 – 1.0)	Excelente

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,875	11

Rangos de Alfa de Cronbach

3.6. Plan de Tabulación y Análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de datos, primeramente, se procederá a su codificación de los instrumentos, seguidamente se ingresarán a una matriz de tabulación (Excel 2016 y SPSS v24), para sus respectivos procesamientos que permitirá la elaboración de tablas respondiendo a los objetivos planteados.

3.7. Aspectos Éticos

Considerando que para todo trabajo de investigación es imprescindible considerar los siguientes aspectos.

- Anonimato: No se debe de considerar el nombre del participante
- Confidencialidad: Los resultados de la presente investigación solo servirán para fines de la investigación, toda vez que las respuestas no serán expuestas.
- Consentimiento informado: Se socializará a los participantes las intenciones de la presente investigación.
- Autonomía: El participante no será coaccionado para participar de la presente investigación, teniendo la total libertad de no participar o retirarse si cree conveniente.
- Beneficencia: Las investigadoras deberán de practicar el bien y ayudar a las participantes cuando necesiten ayuda sin pedir nada a cambio.
- Justicia: Las investigadoras deberán de practicar trato justo, equitativo y sin discriminación a los participantes, antes, durante y después de la investigación.

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Clima familiar en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Según **dimensiones: relaciones familiares, desarrollo personal y estabilidad.**

RELACIONES FAMILIARES		Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Alto	[41 - 60]	46	28.8
Medio	[27 - 40]	92	57.5
Bajo	[0 - 26]	22	13.8
Total		160	100

DESARROLLO PERSONAL		Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Alto	[41 - 60]	55	34.4
Medio	[27 - 40]	85	53.1
Bajo	[0 - 26]	20	12.5
Total		160	100

ESTABILIDAD		Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Alto	[41 - 60]	39	24.4
Medio	[27 - 40]	105	65.6
Bajo	[0 - 26]	16	10.0
Total		160	100

Puntaje promedio:	$X = 10,66$ puntos.
	$\sigma = 4,025$
	Varianza = 29,9

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

En la tabla 1, se puede evidenciar que; que en la dimensión **Relaciones Familiares**, el 57.5% (92) de los adultos mayores con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales, presentan un nivel medio, seguido de un 28.8% (46) nivel alto y un 13.8% (22) presentan nivel bajo.

Con respecto a la dimensión **Desarrollo Personal**, el 53.1% (85) de los adultos mayores, presentan nivel medio, el 34.4% (55) presentan nivel alto y un 12.5% (20) nivel bajo.

Finalmente, en la dimensión **Estabilidad**; el 65.6% (105) de adultos mayores presentan nivel medio, seguido de un 24.4% (39) presentan nivel alto y un 10.0% (16) nivel bajo.

Tabla 2: Depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Según dimensiones: estado afectivo, trastorno fisiológico, trastorno psicomotor y trastorno psíquico.

NIVEL DE DEPRESIÓN		Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
No hay depresión	[Menor de 40]	13	8.1
Desorden emocional	[De 41 a 60]	21	13.1
Depresión situacional	[De 61 a 70]	86	53.8
Depresión ambulatoria	[71 a más]	40	25.0
Total		160	100

Puntaje promedio: $X = 11.22$ puntos. $\sigma = 4,032$ Varianza = 30.1

Fuente: Elaboración propia de la investigación

En la tabla 2, se puede evidenciar que; del 100% de adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales, el 53.8% (86) presentan depresión situacional, seguido de un 25.0% (40) presentan depresión ambulatoria, el 13.1% (21) presentan desorden emocional y un 8.1% (13) no presenten depresión.

Tabla 3: Relación entre el clima familiar y la depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021.

NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR										
NIVEL DE CLIMA FAMILIAR	NO HAY DEPRESIÓN		DESORDEN EMOCIONAL		DEPRESIÓN SITUACIONAL		DEPRESIÓN AMBULATORIA		TOTAL	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Alto	0	0.0	9	28.1	22	31.4	12	24.0	43	26.9
Medio	6	75.0	23	71.9	45	64.3	37	74.0	111	69.4
Bajo	2	25.0	0	0.0	3	4.3	1	2.0	6	3.8
TOTAL	8	100.0	32	100.0	70	100.0	50	100.0	160	100.0
				X^2 $X^2 = 8,209$	$p < 0,05$ $P = 0,016$					

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Para determinar la relación que existe entre el clima familiar y el nivel de depresión del adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales., se aplicó la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $p < 0,016$, evidenciándose que si existe relación entre ambas variables.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el clima familiar y el nivel de depresión del adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Por tal motivo es preciso mencionar que en la actualidad la población de adultos mayores se ha incrementado en el país, considerándose esta etapa de vida a partir de los 60 años. Últimamente somos testigos del incremento de éste grupo etario, lo que ha convertido el envejecimiento de la población en un reto para la sociedad y principalmente de los profesionales de la salud pues la calidad de vida del adulto mayor dependerá de los factores tanto internos como externos, así como las actitudes y comportamientos de las personas de su entorno.

En el adulto mayor, los sentimientos de tristeza, abandono y soledad suelen ser más fuertes, por los múltiples y drásticos cambios que presentan y por la falta de cuidado en esta etapa de la vida. El modelo psicosocial de salud postula que la depresión en el adulto mayor surge de la pérdida de la autoestima principalmente por aislamiento social; la pérdida de papeles significativos, pérdida de seres queridos, alejamiento de los contactos sociales entre otros. Así, la familia forma parte del entorno en el que se desenvuelve el adulto mayor, es el medio natural para el desarrollo de sus miembros; para el adulto mayor representa además la posibilidad de permanencia en un grupo (16).

Es así; que en la tabla 1, podemos mencionar que que en la dimensión **Relaciones Familiares**, el 57.5% (92) de los adultos mayores con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales, presentan un nivel medio, seguido de un 28.8% (46) nivel alto y un 13.8% (22) presentan nivel bajo. En la dimensión **Desarrollo Personal**, el 53.1% (85) de los adultos mayores, presentan nivel medio, el 34.4% (55) presentan nivel alto y un 12.5% (20) nivel bajo. Finalmente, en la dimensión **Estabilidad**; el 65.6% (105) de adultos mayores presentan nivel medio, seguido de un 24.4% (39) presentan nivel alto y un 10.0% (16) nivel bajo.

Contrastando los resultados obtenidos con Contreras J. (2014), “Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro De Salud Leonor Saavedra, S.J.M” ya que presentan un alto porcentaje en las características medianamente favorable con un 54% (48); Por otro lado, Hernández A, realizó un estudio titulado “Adulto mayor, hijos y nietos: una relación necesaria”. En dicho estudio se obtuvieron como

resultado que los adultos mayores se consideran un miembro querido por su familia, pero con insatisfacciones en cuanto a que los excluyen en la toma de decisiones por razones psicológicas, económicas, y/o sociales (49).

En comparación con lo estudiado por Staab A y Hodges L, difieren con los resultados encontrados, ya que los adultos mayores encuestados estarían experimentando un entorno social familiar con algunas reglas restrictivas en donde se ven limitados generando insatisfacciones y limitando la toma de decisiones, mientras que en el presente estudio, el mayor porcentaje de adultos mayores están presentando un Clima Social Familiar Promedio, seguido con un Alto Clima Social Familiar y en menor porcentaje presentan un Bajo Clima Social Familiar. En todas las sociedades la familia ha tenido y tiene un papel básico y fundamental en las funciones de protección, cuidado y atención a sus miembros, quienes comparten responsabilidades y se ofrecen contraprestaciones y ayuda mutua como parte de las obligaciones familiares; además la familia sirve como un amortiguador y agente neutralizante entre el individuo y la sociedad, proporcionando protección psicosocial a sus miembros; siendo el vehículo principal para la transmisión de la cultura. La salud del individuo está vinculada con las relaciones, creencias, valores y deberes del sistema familiar (50).

Según Comelin citado por Rodríguez (2006), la familia es el ambiente más significativo para el desarrollo de las personas, siendo las alteraciones en esta las que constituyen trastornos de relaciones socio afectivo entre sus miembros. El ente socializador más próximo al adulto mayor es la familia, donde deben generarse situaciones de protección, las que favorecen el desarrollo personal, de relaciones y asegura su estabilidad dentro del grupo familiar. Para el adulto mayor es conveniente propiciar relaciones familiares armoniosas, las cuales contribuirán al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada. Para la persona adulta mayor lo más importante es su familia, no dejando de tener importancia el resto de las personas ello crea una serie de interrelaciones entre ambos (familia y adulto mayor), que va a marcar en gran medida su evolución posterior (51).

A si mismo; los autores Buil y Díaz. menciona que “la dinámica que asume un grupo familiar genera cambios que se ven reflejados en los componentes afectivos, cognitivos y comportamentales; los cuales guardan relación con la cohesión, expresividad y

organización familiar generando una relación positiva en el clima familiar; mientras que la conflictividad familiar es el factor que mantiene la relación negativa entre los miembros de la familia”. Así, el entorno social familiar parece ser un factor de suma importancia en la explicación de las características que se evidencian a través de los comportamientos de los adultos mayores tanto fuera como dentro del grupo familiar. Se considera que la familia beneficia a la persona que sufre un problema de salud, al escucharle, ofrecerle consejo, presencia física, apoyo económico, emocional, orientación y ayuda en su cuidado. Este sistema de apoyo puede reducir las reacciones de estrés, aislamiento, favoreciendo el bienestar físico y mental por lo que es necesario que estas personas amplíen sus contactos sociales y personales (52).

El clima social familiar ha demostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta como en el desarrollo social, afectivo e intelectual entre sus integrantes. Asimismo, la presencia de un clima social familiar positivo hace referencia a un ambiente fundamentado en la cohesión, afectiva, apoyo, confianza con una comunicación familiar abierta y empática. Por el contrario, un clima social familiar negativo es caracterizado por problemas de comunicación, así como la carencia de afecto y apoyo lo cual dificulta el desarrollo de determinadas habilidades sociales para la interacción social tales como la capacidad de identificar soluciones no violentas a problemas interpersonales. Partiendo de estos conceptos de clima social familiar y los resultados obtenidos en la presente investigación, se evidencia que el grupo en estudio cuenta con un clima social familiar promedio, entendiendo que en esta etapa de vida las relaciones familiares son satisfactorias. Porque la familia, sigue siendo la principal fuente de ayuda sostén y apoyo de tipo social, funcional, afectivo y económico brindando asistencia tanto en ocasiones del diario vivir como en momento de crisis; de ese modo se resalta lo importante que es la existencia de un buen clima familiar porque de esa manera se desarrolla condiciones que les permite a los adultos alcanzar una mayor calidad de vida (53).

En la tabla 2, podemos evidenciar que del 100% de adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales, el 53.8% (86) presentan depresión situacional, seguido de un 25.0% (40) presentan depresión ambulatoria, el 13.1% (21) presentan desorden emocional y un 8.1% (13) no presenten depresión.

Guardando relación con el trabajo de investigación de Díaz F, Saint M, Morrope J. (2013), encontrando una alta incidencia del nivel de depresión en adultos mayores; por

consiguiente, existen concordancias con lo que se encontró en la presente investigación. Pero, en lo que no concuerda estos resultados con respecto a la presente investigación, es que estos autores encontraron algún tipo o nivel de depresión en todos los adultos mayores (54).

En lo que respecta a la violencia física y psicológica ejercida sobre los adultos mayores; Mercado M, Paccori S. (2012), en sus investigaciones concluyen que tanto la violencia física como psicológica están íntimamente relacionados con la incidencia de la depresión en la etapa adulta mayor, afirmando que la violencia contra los adultos mayores, influye en la estadística de manera significativa (55).

En la tabla 3, se puede evidenciar que existe entre el clima familiar y el nivel de depresión del adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales., se aplicó la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $p < 0,016$, evidenciándose que si existe relación entre ambas variables.

Pérez V y Arcia N, en la investigación realizada en Cuba: “Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor”, donde confirmaron que la depresión predominó en ancianos de 60 a 69 años, en un 82,6 % la depresión se presenta simultáneamente con otras enfermedades, como los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias desde el punto de vista psicopatológico. El 90,6 % señalaron como responsables de su depresión acontecimientos vitales. La mayoría de los adultos mayores muestra buenas condiciones de vida, sin embargo, su discreta incorporación a la vida social, así como el insuficiente apoyo socio familiar contribuyeron notoriamente a su actual depresión (56).

Por otro lado, en la investigación de Martínez y col. (2009), “Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar”, la prevalencia de depresión en hombres fue 42,7 % y en mujeres 51,9%; la prevalencia global, considerando ambos géneros, fue 47,6%. De los adultos mayores con depresión diagnosticada con la encuesta de Yesavage, 9,3 % vivían en familias funcionales: 12,3 % vivían en familias ligeramente disfuncionales: 22,7 % vivían en familias moderadamente disfuncionales y 55,7 % vivían en familias altamente disfuncionales. Por lo que podemos observar que estos resultados coinciden con la presente investigación ya que manifiesta que el ambiente familiar influye en el nivel de depresión del adulto mayor. Es decir, mientras exista un buen clima social familiar menor es la aparición de depresión (57).

VI. CONCLUSIONES

1. Con respecto a la variable clima familiar podemos concluir que en la dimensión **Relaciones Familiares**, el 57.5% (92) de los adultos mayores con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales, presentan un nivel medio, seguido de un 28.8% (46) nivel alto y un 13.8% (22) presentan nivel bajo. En la dimensión **Desarrollo Personal**, el 53.1% (85) de los adultos mayores, presentan nivel medio, el 34.4% (55) presentan nivel alto y un 12.5% (20) nivel bajo. Finalmente, en la dimensión **Estabilidad**; el 65.6% (105) de adultos mayores presentan nivel medio, seguido de un 24.4% (39) presentan nivel alto y un 10.0% (16) nivel bajo.
2. Del 100% de adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales, el 53.8% (86) presentan depresión situacional, seguido de un 25.0% (40) presentan depresión ambulatoria, el 13.1% (21) presentan desorden emocional y un 8.1% (13) no presenten depresión.
3. Estadísticamente se utilizó la prueba de independencia de criterios Chi Cuadrado y se obtuvo que si existe relación significativa ($p < 0,016$) entre las variables Clima Familiar y depresión en los adultos mayores con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021.

VII. RECOMENDACIONES

1. A los investigadores considerar otros métodos de estudio para las variables, por ejemplo, utilizando la entrevista directa teniendo en cuenta los protocolos de seguridad para la COVID 19, toda vez que permitirá una mejor recolección de datos, pues de la manera como se expresen o algún gesto ya nos indica algo más preciso que podemos evaluar ya que en dichas variables influyen muchos factores como la familia, cultura, educación y medio en el cual el adulto mayor se desenvuelve, lo que se ve limitado con la aplicación de un test.
2. Educar al responsable que brinda el cuidado al adulto mayor, para que en su evaluación se tenga en cuenta los cambios psicosociales que presenta en esta etapa de vida con el fin de detectar en forma oportuna la aparición de depresión de este grupo etario.
3. Que los familiares de los adultos mayores tengan una participación activa dentro del programa para el adulto mayor, ya que son ellos quienes deben conocer y vivir las experiencias junto a los adultos, para que conozcan los cambios en esta edad y el apoyo que deben recibir de su parte.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramón G. Gurudi G, Medina V. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. *Psicología Científica* 2007. [citado 12 Mayo 2021]; [pag.1-25]. [sitio en internet] Citado en: <https://docplayer.es/amp/23318967-Universidad-veracruzana-facultad-de-enfermeria-depresion-en-el-adulto-mayor-que-asiste-a-un-club-de-la-tercera-edad-tesis.html>.
2. Martín M. Trastornos psiquiátricos en el anciano. *Anales*. Veracruz- México [citado 15 Mayo 2021]; 1. Citado en: <https://docplayer.es/amp/23318967-Universidad-veracruzana-facultad-de-enfermeria-depresion-en-el-adulto-mayor-que-asiste-a-un-club-de-la-tercera-edad-tesis.html>
3. Organización Mundial de la Salud. Depresión en el adulto mayor. [Consultado: 21 de Mayo 2021]. Citado en: <https://docplayer.es/amp/23318967-Universidad-veracruzana-facultad-de-enfermeria-depresion-en-el-adulto-mayor-que-asiste-a-un-club-de-la-tercera-edad-tesis.html>.
4. Espinosa A, Carabeo A, Zamora O. Guía de práctica clínica para diagnósticos y tratamiento de depresión en adultos mayores 2007. [citado 21 de Mayo 2021]; 30 (06): [pág. 69-80]. Citado en: <https://docplayer.es/amp/23318967-Universidad-veracruzana-facultad-de-enfermeria-depresion-en-el-adulto-mayor-que-asiste-a-un-club-de-la-tercera-edad-tesis.html>.
5. Bojórquez, C. La depresión psicológica. Foro Académico ITSON. (2010). Foro Académico ITSON. Boletín informativo [Citado 3 de Mar 2011]. Disponible en: URL: <http://boletininformativo.foroactivo.com/t5-la-depresion-psicologica>.
6. Rozados L. Depresión en la vejez [Citado 24 Mayo 2021]. Disponible en: URL: http://www.depresion.psicomag.com/depre_en_vejez.php. Citado en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000200006.

7. World-Health-Organization. Global report on diabetes. 2016. Citado en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000200006.
8. Association A. Statics about Diabetes 2016 <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/statistics/?referrer=https://www.google.com.pe/>.
9. World-Health-Organization. Diabetes 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. [Links]. Citado en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000200006.
10. Royle P, Bain L, Waugh N. Systematic reviews of epidemiology in diabetes: finding the evidence. BMC Med Res Methodol 2005; 5: 2. Citado en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000200006
11. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. Lancet. 2018;392(10152):1072-88. doi: 10.1016/s0140-6736(18)31992-5. Citado en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000100005.
12. Kontis V, Mathers CD, Bonita R, Stevens GA, Rehm J, Shield KD, et al. Regional contributions of six preventable risk factors to achieving the 25 x 25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. Lancet Glob Health. 2015;3(12):e746-57. doi: 10.1016/s2214-109(15)00179-5. [Links]. Citado en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000100005
13. De Jonge P, Alonso J, Stein D, Kiejna A, Aguilar S, Viana M, et al. Associations between DSM-IV mental disorders and diabetes mellitus: a role for impulse control

- disorders and depression. *Diabetologia*. 2014; 57: 699-709. citado en: <http://innsz.mx/documentos/centroDiabetes/BoletinCAIPaDiabril2015.pdf>.
14. Snoek F. Comprender el lado humano de la diabetes. *Diabetes Voice*. 2002; 47(2): 37–40. Citado en: <http://innsz.mx/documentos/centroDiabetes/BoletinCAIPaDiabril2015.pdf>.
15. Rodríguez J, Zapatero A, Ríos M. Prevalencia de la depresión en la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Clínica*. 2015; 215(3): 156-64. Citado en: <http://innsz.mx/documentos/centroDiabetes/BoletinCAIPaDiabril2015.p>
16. Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2, en el Primer Nivel de Atención, R.M. N° 719-2015 MINSA 2016 (64): p. 11-12. Congreso Internacional en Prediabetes y Síndrome Metabólico; Consenso Peruano sobre Prevención y Tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 Síndrome Metabólico y Diabetes Gestacional; 25 de Agosto del 2012; Lima-Perú; Sociedad Peruana de Endocrinología; 2012 (20): p.7-9. Citado en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/5566/Relacion_CuaresmaCasa_Sandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. González N, et. al. Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo; 14(32): 258-79. 2011. Citado en: <http://innsz.mx/documentos/centroDiabetes/BoletinCAIPaDiabril2015.pdf>
18. Heyman M. Cómo impacta la diabetes tu salud mental. Boletín, [Internet]. 2011 [citado 26 de junio de 2021]. Citado en: <http://innsz.mx/documentos/centroDiabetes/BoletinCAIPaDiabril2015.pdf>.
19. Rondón J. Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Rev. Electrónica Psicología Iztacala*. [Internet] 2011; 14(2): 126. Citado en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30337/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

25. Duque T. Relación entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del Club mi Esperanza, Corrales. (Tesis Pregrado). Escuela Profesional de Psicología. Facultad de Ciencias de la salud. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote-Piura-Perú. 2017. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2195/CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR_DEPRESION_DUQUE_MONASTERIO_TATIANA_MARILIN.pdf?sequence=1
26. Sánchez F. Depresión en el adulto mayor y su relación con el cuidado familiar. Barranca-Perú. (Tesis pregrado) Escuela Profesional de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Barranca-Perú. 2019. Disponible en: <http://repositorio.unab.edu.pe/bitstream/handle/UNAB/46/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Condori S, Cruz G; investigaron: “Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo II, pacientes hospital Regional Honorio Delgado. (Tesis Pregrado). Escuela Profesional de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Agustín- Arequipa – Perú 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5780/ENcofus.pdf?sequence=1>
28. Velasco L. Martínez K. Quintanilla L. Depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales en la Casa de Reposo Mi divino Niño Jesús. Distrito de Morales. (Tesis pregrado). Escuela Profesional de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Martín-Perú 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3081/ENFERMERIA%20-%20Lucy%20Velasco%20Flores%20%26%20Katherine%20Aurora%20Martinez%20Mori.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Moos, R. Manual de la escala de clima social familiar. España: TEA. 1974. [Sito en internet]: <https://es.slideshare.net/josefranciscovera/clima-social-familiar>. Citado en: <http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/e44af21d-1957-465f-acbd-dd5bc748d7fb/08a935aa-2880-4eb9-b71e->

4937937087fa/CLIMA%20SOCIAL%20FAMILIAR%20%20INTERVENCION%20CON%20LAS%20FAMILIAS%20EN%20LA%20UHB.pdf

30. R.H. Moos, BS Moos y E.J. Trickett. Escala de Clima Social Familiar (Cit. Por Ruíz y Guerra 1993) Tipos de Familia. [sito en internet]. Citado en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1542/CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR_DEPRESION_IBANEZ_OJEDA_MARIBEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Arangoitia, A. Clima Social Familiar y Agresividad en adolescentes de 3ero, 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Parroquial San Columbano 2013. [Cito en internet]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/3617/Arangoitia_PAI.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Escobar J. Diabetes y Depresión, Revista Médica Colombiana (Bogotá-Colombia). Jun 2016; 12(97): p.11-12. [Cito en internet]. Citado en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/5566/Relacion_CuaresmaCasa_Sandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
33. Bolívar C. Boletín informativo Info familias. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. INEI_ Informe técnico n° 3 año 2012, p.32. [Sito en internet]. Disponible en: Citado en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/5566/Relacion_CuaresmaCasa_Sandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. García, V. et al. La educación en el nivel primario. Madrid: RIALP S.A. 1993. [Cito en internet]. Citado en: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1270/1/75873.pdf>.
35. Isaza, V. Henao, L. Relaciones entre el Clima Social Familiar y el Desempeño en Habilidades Sociales en niños y niñas entre dos y tres años de edad. 2010. [Cito en internet]. Obtenido de

http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_6879_v14n1-art2.pdf. Citado en: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1270/1/75873.pdf>

- 36.** Becerra, M. Depresión en el adulto mayor. Disponible en: http://www.academia.edu/17250020/Depresion_Adulto_Mayor. 2013. Accedido [17/08/15]. [Cito en internet]. Citado en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7633/1718.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- 37.** Cahuasquí, CA. Clima social-familiar y ansiedad en usuarios que acuden por servicios judiciales, 2015. [Cito en internet]. Disponible en: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1270/1/75873.pdf>.
- 38.** Gonzáles M. "Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro", tesis de licenciatura. Universidad Wiener – Lima, 2011. [Cito en internet]. Citado en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7633/1718.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- 39.** Fernández, A. La Depresión y su Diagnóstico. Edit. Labor. España. 1988. [Cito en internet]. Citado en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/143/Nivel%20de%20depre%20si%20C3%B3n%20en%20adultos%20mayores%20C%20asentamiento%20humano.%20Se%20C3%B1or%20de%20los%20Milagros.%20Chachapoyas-%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 40.** Klimstra S. "Factores desencadenantes de la depresión" 2da edición Editorial Me. Graw Hill España. 2002. [Cito en internet] Citado en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/143/Nivel%20de%20depre%20si%20C3%B3n%20en%20adultos%20mayores%20C%20asentamiento%20humano.%20Se%20C3%B1or%20de%20los%20Milagros.%20Chachapoyas202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

41. Huenchuan S. "Atención primaria para el anciano" 4ta edición Editorial Me. Graw Hill Colombia. 2007. [Cito en internet] Citado en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/143/Nivel%20de%20depre%20si%20C3%B3n%20en%20adultos%20mayores%20C%20asentamiento%20humano.%20Se%20C3%B1or%20de%20los%20Milagros.%20Chachapoyas-%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
42. Sosa, A, et al. "Neurobiología de la depresión ".3ra edición Editorial Me. Graw Hill México. 2009. pg. 78-78). [Cito en internet] Citado en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/143/Nivel%20de%20depre%20si%20C3%B3n%20en%20adultos%20mayores%20C%20asentamiento%20humano.%20Se%20C3%B1or%20de%20los%20Milagros.%20Chachapoyas%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. San Martín H y Pastor V. Epidemiología de la vejez, 1a ed. Madrid 1990: Interamericana McGraw-Hill. [Cito en internet]. Citado en: http://www.educoas.org/Portal/bdigital/contenido/interamer/BkIACD/Interamer/Interamerhtml/Tamerhtml/tam_cp1.htm
44. Belando M, Cambios físicos y funcionales en el proceso de envejecimiento /Cambios biológicos, psicológicos y sociales. 63 Barcelona 2015 [Fecha de consulta 22 de agosto 2017]. Citado en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1420/T-TPLE-%20Jenifer%20Rosario%20Reyes%20Cisneros.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. Cenetec. Salud. Diagnóstico y Tratamiento Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable. Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de GPC: IMSS-657-13. 2013. Instituto Mexicano del Seguro Social –Dirección de Prestaciones Médicas. Unidad de Atención Médica .Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. División de Excelencia Clínica. [Cito en internet] Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
46. Rivero M. Ancianidad ¿camino sin retorno?/ Adulto mayor en el mundo. México 2012 [Fecha de consulta 22 de agosto 2017]. Citado en:

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1420/T-TPLE-%20Jenifer%20Rosario%20Reyes%20Cisneros.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

47. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud / adulto mayor. Serie de informes técnicos de la OMS; 2016 [Fecha de consulta 22 de agosto 2017]. Citado en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1420/T-TPLE-%20Jenifer%20Rosario%20Reyes%20Cisneros.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
48. Contreras J. Clima social en el entorno familiar según opinión de los Adultos mayores usuarios del Centro De Salud Leonor Saavedra, S.J.M. – 2014. Universidad de San Marcos, Lima. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3528/1/contreras_gr.pdf.
49. Hernández, A. Estudio del estado anímico de los ancianos atendiendo al lugar donde se realiza sus actividades. Rev. Cubana Enfermera. 4 (3). 2004.
50. Staab, A. y Hodges, L. Enfermería odontológica o adaptación del proceso de envejecimiento. (1era. Ed). México. Interamericana Mc Graw-Hill.2002.
51. Rodríguez, N. Manual de sociología gerontológica. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://books.google.es/books?id=Tk02IL4YolEC&pg=PT46&dq=escala+geriatrica+de+depresion+de+yesavage&hl=es&sa=X&ei=aAFVJyDCIOfNpizAw&ved=0CCAQ6AEwAA#v=onepage&q=escala%20geriatrica%20de%20depresion%20de%20yesavage&f=false>.
52. Buil y Díaz Anciano y familia. Una relación en evolución. Análisis del sistema sanitario de navarra. 2000. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/saludanales/textos/suplex>.
53. Fawcett, J. Family Theory Developonet in Nursing stole of the science and arthphiladelphhia. F.A. 2000. Disponible en: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=fawcett%20j.%20family%0theory&source=web&cd=4&sqi=2&ved=0CEoQFjAD&url=http%3A2F%2Fnurseresearcher.rc>

npublishing.co.uk%2Fshared%2Fcms%2Ffile.asp%3Fe%3D35%26i%3D186415&ei=gYqVT60A4r0ggfj2cj5BA&u sg=AFQjCNFfHg6wanlq-Dx6DpD1aAaNQDNdsQ

54. Díaz F, Saint M, Morrope J. “Depresión y ansiedad en embarazadas” de un Hospital Materno Infantil-Venezuela. 2013.
55. Mercado M, Paccori S. “Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal”, Lima Perú. 2012.
56. Pérez V. y Arcia, N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Cuba 2008. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_3_08/mgi02308.htm.
57. Martínez, A., Pastrana, E., Rodríguez, A. y Gómez, C. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. Revista médica Chilena 2009. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872009001200015&lang=pt

IX. ANEXOS

Anexo 1

Solicitud de Permiso



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-
TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



Tarapoto, ... de de 2021

Oficio S/N-2021-/RIAV- LKVL.

Lic.

Director (a) del Centro de Salud de Morales.

SD.

Nosotras; Rosa Isabel Astolingón Vela y Leidy Kalen Vilca Lucana, Bachilleres de Enfermería, nos encontramos realizando el proyecto de investigación titulado: **“Clima familiar y depresión en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021”**, para poder ostentar el título profesional de Licenciado en Enfermería. Para lo cual solicitamos el permiso y/o autorización de aplicar nuestro instrumento de investigación a todos los 169 adultos mayores con diabetes Mellitus Tipo II del Programa del adulto mayor que según criterios de inclusión podrán participar del estudio.

Por lo expuesto.

Solicitamos acceda a nuestra petición por ser de justicia.

Atentamente;

.....
Rosa Isabel Astolingón Vela
Bachiller en Enfermería

.....
Leidy Kalen Vilca Lucana
Bachiller en Enfermería

Anexo 2

Morales, 19 de agosto del 2021

OFICIO N° 489 – 2021-D-MICRORED-MORALES

Señora:
LIC. LUCY AMELIA VILLEN A CAMPOS
 Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela Profesional de Enfermería
ASESOR DE TESIS – UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
Tarapoto.-

Asunto : ACEPTACIÓN PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Ref. : OFICIO S/N – 2021-RIAV-LKVL
Atención : Bach. ROSA ISABEL ASTOLINGÓN VELA – Bach. LEIDY KALEN VILCA LUCANA - Estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente a nombre de la Micro Red de Salud de Morales y al mismo tiempo se hace de su conocimiento que previa solicitud de la referencia, se da la **ACEPTACIÓN** para el proyecto de investigación "CLIMA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO II. PROGRAMA ADULTO MAYOR", investigación que lo realizarán en el Centro de Salud de Morales, bajo la coordinación de la Jefatura de Enfermería Lic. Rosana Mestanza Bardales – Cel. N° 947613155.

Sin más que agregar, propicia es la oportunidad para reiterar las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD S.M.
 RED DE SERVICIOS DE SALUD S.M.
 DR. MARIA CLAUDIA LEON MARTÍNEZ
 C.D. 7729
 JEFE DE LA MICRORED MORALES

MCLM/yag
 C.c.
 Archivo

Anexo 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-
TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**Consentimiento Informado**

Nosotras; Rosa Isabel Astolingón Vela y Leidy Kalen Vilca Lucana, Bachilleres de Enfermería, de la Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto; estamos realizando un estudio de investigación cuyo objetivo es determinar los niveles del clima familiar relacionado a la depresión del adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo II. Programa del adulto mayor- Centro de Salud de Morales. Mayo a octubre 2021.

De aceptar participar en el estudio solicitamos a Ud. Firmar el presente documento dando su consentimiento informado y ruego que conteste con sinceridad las preguntas de la encuesta, marcando con una (x) la respuesta que considere adecuada.

Hago de su conocimiento que la información es absolutamente confidencial y anónima, solo será de uso exclusivo de los autores; sin antes recordarle que nadie le obliga a ser parte de ella; y no hay ningún inconveniente si decide no participar o retirarse del estudio.

Firma de la participante

Firma de la Investigadora

Firma de la Investigadora

Anexo 4

Instrumento de Investigación.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-
TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



Cuestionario de Clima familiar

Instrumento N° 1: Escala de clima familiar (FES)

Autores: de RH. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett (1989).

Modificado por: Gómez Floriano, R y et, al (2016)

INSTRUCCIONES: A continuación, se presenta, una serie de frases. Las mismas que Ud. Tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia. Si Ud. Cree que respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera marcará una “X” en el espacio que dice “verdadero”, si cree que es falsa o casi siempre falsa, marcará una “X” en el espacio que dice “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. Lo que se pretende conocer lo que usted piensa sobre su familia, no intente manifestar la opinión de los demás miembros de esta.

No.	Ítems/dimensiones	Verdadero	Falso
	Dimensión de relaciones familiares		
	Cohesión (CO)		
1	En mi familia nos ayudamos y nos apoyamos realmente unos a otros.		
2	Muchas veces da la impresión de que en casa solo estamos “pasando el rato”.		
3	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.		
4	En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.		
5	Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.		

6	Las personas de mi familia cada persona nos apoyamos de verdad unas a otras.		
7	En mi familia hay poco espíritu de grupo.		
8	Realmente nos llevamos bien unos con otros.		
9	En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.		
	Expresividad (EX)		
10	Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.		
11	En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o lo que queremos.		
12	En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo.		
13	En mi casa comentamos nuestros problemas personales.		
14	En casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más		
15	En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.		
16	En mi familia los temas de pago y dinero se tratan abiertamente.		
17	Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.		
18	En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontaneo.		
	Conflicto (CT)		
19	En nuestra familia reñimos mucho.		
20	En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.		
21	En casa, a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.		
22	Las personas de nuestra familia nos critican frecuentemente unas a otras.		
23	En mi familia a veces nos peleamos a golpes.		
24	Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.		

25	Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.		
26	En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.		
27	Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados		
	Dimensión desarrollo personal		
	Autonomía (AU)		
28	Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos		
29	En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás		
30	En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta		
31	Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.		
32	En mi familia cada uno decide sus propias cosas.		
33	Cada uno entra y sale cuando quiere.		
34	En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.		
35	En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.		
36	En mi familia no hay libertad de expresar claramente lo que se piensa.		
	Área intelectual cultural (IC)		
37	En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales		
38	En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o interesante.		
39	A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.		
	Área de moralidad – religiosidad (MR)		
40	En mi casa no rezamos en familia.		
41	En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo		

42	En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.		
43	En mi casa, leer la Biblia es muy importante		
	Área social recreativa (SR)		
44	Frecuentemente vienen amigos a comer a casa o a visitarnos		
45	Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar radio.		
46	Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.		
47	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre		
	Área acción o competitiva (AC).		
48	Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.		
49	En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.		
	Dimensión estabilidad o mantenimiento		
	Área de organización (OR)		
50	En mi familia creemos que el que comete una falla tendrá su castigo.		
51	Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente		
	Área de control (CN)		
52	En mi casa las normas son bastantes inflexibles.		
53	En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.		
54	En mi casa solo una persona toma la mayoría de las decisiones.		
55	En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir		
56	En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.		
57	En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.		
58	En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.		
59	En mi familia uno no puede salirse con la suya.		
60	En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.		

Los resultados serán analizados teniendo en cuenta la siguiente escala

Atributos	Puntajes
Nivel bajo de clima social familiar	0 - 26
Nivel medio de clima social familiar	27 - 40
Nivel Alto de clima social familiar:	41 - 60



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Anexo 4

Instrumento N° 2: Escala de depresión de Zung (EAMD)

Autor: Zung

DATOS GENERALES:

.Edad:.... Sexo: Masculino () Femenino ()

Procedencia:.....

Grado de instrucción:.....

INSTRUCCIONES:

Le hago entrega a usted de una encuesta que consta de una lista de preguntas, cada una de ellas con 4 opciones de respuesta, pido a usted lo lea detenidamente y luego responda marcando con una “X” en el casillero que usted considere correcta.

N°	Ítems	Muy pocas veces (1)	Algunas veces (2)	Muchas veces (3)	Casi siempre (4)
	Dimensión estados afectivos				
1	Me siento triste y decaído.				
2	Por las mañanas me siento mejor				
	Dimensión trastornos fisiológicos				
3	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4	Me cuesta mucho dormir por las noches				
5	Como igual que antes				
6	Aún tengo deseos sexuales.				
7	Noto que estoy adelgazando.				
8	Estoy estreñado.				
9	El corazón me late más rápido que antes				

10	Me canso sin motivo.				
	Dimensión trastornos psicomotores				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
	Trastornos Psíquicos				
11	Mi mente esta tan despejada como siempre.				
14	Tengo confianza en el futuro.				
15	Estoy más irritable que antes.				
16	Encuentro fácil tomar las decisiones.				
17	Siento que soy útil y necesario				
18	Encuentro agradable vivir.				
19	Creo que sería mejor para los demás si estuvieran muertos.				
20	Me gustan las mismas cosas que antes				

Los resultados serán analizados teniendo en cuenta la siguiente escala

Atributos	Puntajes
Dentro de los límites normales: No hay Depresión presente.	Menos de 40
Desorden Emocional.	De 41 – 60
Depresión Situacional	De 61 – 70
Depresión Ambulatoria (Tratamiento).	De 71 o más