



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

**REACCIONES AL ESTRÉS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO
EN PACIENTES CON DEPRESIÓN QUE ACUDEN A UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL**

PRESENTADA POR
SELENA VILMA CARRILLO RODRÍGUEZ

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2016



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
TURISMO Y PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA

SECCIÓN DE POSGRADO DE PSICOLOGÍA

**REACCIONES AL ESTRÉS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES
CON DEPRESION QUE ACUDEN A UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL**

**Tesis para optar el grado académico de maestra en Psicología con
mención en Psicología Clínica**

Presentada por:

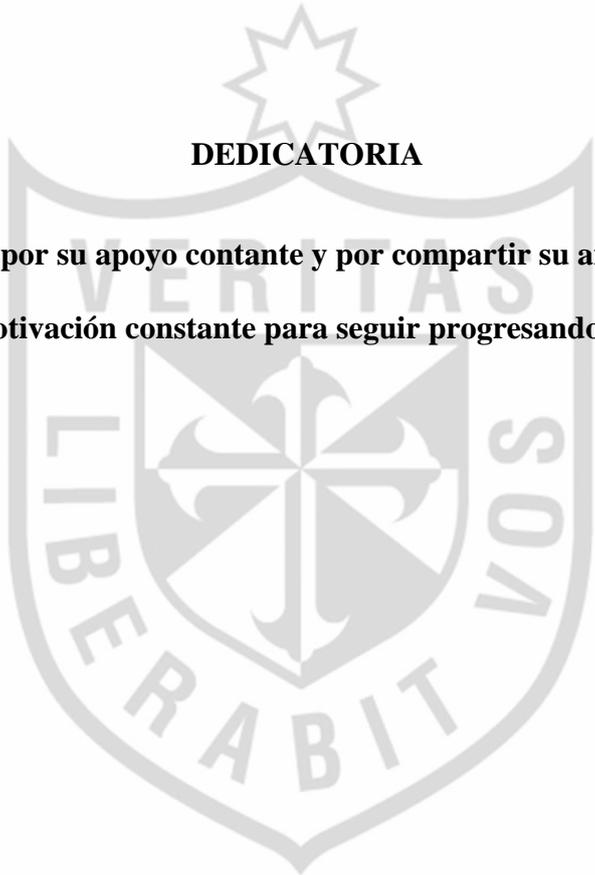
SELENA VILMA CARRILLO RODRIGUEZ

Asesora:

Dra. PATRICIA SUSANA BÁRRIG JÓ

Lima, Perú

2016



DEDICATORIA

A mi seres queridos, por su apoyo contante y por compartir su afecto, sus consejos que son fuente motivación constante para seguir progresando cada día más.

AGRADECIMIENTO

En principio, quiero agradecerle a Dios quien es mi guía y fuerza constante en esta vida.

A mis padres porque gracias a ellos hoy puedo cumplir una meta importante en mi desarrollo profesional y personal.

A Doña Gloria, a mi esposo, a mis queridos hijos, por su apoyo incondicional y aliento constante para el logro de este trabajo.

A mi asesora, Patricia Bárrig porque gracias a su experiencia y dedicación, se ha convertido en una excelente guía y modelo profesional,

A la Universidad San Martín de Porres mi segunda casa de estudios, gracias por el apoyo a todas las autoridades y docentes que desarrollan una gran labor.

A mis hermanos, Fernando, Américo, José, Diana, Yerica, María Luisa y a mi tía Maloni quienes me han motivado constantemente y por quienes guardo un profundo afecto.

A mis apreciados amigos, Iván, Amparo, Carlos, Magally, Ludgarda, Miguel, Alex, Oscar, Ivón, Mercedes, Eduardo, Noelia, Luis, Felipe y especialmente a María Elena por sus consejos y por ser un ejemplo de esfuerzo y excelencia profesional.

Finalmente, deseo agradecer a todos los que de una y otra forma han hecho posible que este trabajo se haya culminado con éxito.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	.ii
AGRADECIMIENTO.....	.iii
INDICE DE CONTENIDO.....	.iv
INDICE DE TABLAS.....	.vi
RESUMEN.....	.vii
ABSTRACT.....	.viii
INTRODUCCION.....	.1
CAPITULO 1: MARCO TEÓRICO.....	.4
1.1 Estrés.....	.7
1.2 Afrontamiento.....	.12
1.3 Relación entre estrés y afrontamiento.....	.17
CAPITULO 2: METODO.....	.22
2.1 Participantes.....	.22
2.2 Medición.....	.23
2.3 Procedimiento.....	.27
2.4 Análisis de datos.....	.28
CAPITULO 3: RESULTADOS.....	.29
3.1 Análisis descriptivos.....	.29
3.2 Análisis de variables sociodemográficas.....	.31
3.3 Reacciones al estrés y estilos de afrontamiento.....	.39
CAPITULO 4: DISCUSION.....	.44
REFERENCIAS.....	.54
ANEXOS.....	.63

Índice de Tablas

<i>Tabla 1.</i> Medianas y desviaciones estándar de las estrategias de afrontamiento.....	30
<i>Tabla 2.</i> Comparaciones de la respuesta global al estrés y sus tres componentes según sexo.	32
<i>Tabla 3.</i> Comparaciones de las escalas del estilo de afrontamiento según sexo.....	32
<i>Tabla 4.</i> Comparaciones de las dimensiones reacciones frente al estrés según condición de paciente.....	34
<i>Tabla 5.</i> Comparaciones de las escalas del estilo de afrontamiento centrado en el problema según rango de edad.....	35
<i>Tabla 6.</i> Comparaciones de las escalas del estilo de afrontamiento centrado en la emoción según rango de edad.....	36
<i>Tabla 7.</i> Comparaciones de los componentes de respuestas frente al estrés según ocupación..	37
<i>Tabla 8.</i> Comparaciones de las escalas del estilo de afrontamiento centrado en la emoción según ocupación.....	38
<i>Tabla 9.</i> Resumen de las intercorrelaciones entre los tres componentes de respuesta al estrés y las estrategias del estilo de afrontamiento.....	40
<i>Tabla 10.</i> Intercorrelaciones entre los tres componentes de respuesta al estrés y las cinco escalas del estilo de afrontamiento	42
<i>Tabla 11.</i> Resumen de las intercorrelaciones entre los tres componentes de respuesta al estrés y las tres escalas de otros estilos de afrontamiento.....	42

Índice de figuras

Figura 1. Modelo de Lazarus y Folkman.....8



RESUMEN

La presente investigación es de tipo descriptivo correlacional que tuvo como objetivo conocer la relación entre las reacciones al estrés y los estilos de afrontamientos en una muestra de pacientes con depresión. Además, se buscó conocer las respuestas al estrés y los estilos de afrontamiento así como identificar las diferencias entre hombres y mujeres. Los participantes fueron 150 adultos con diagnóstico de depresión, con edades entre 18 y 60 años ($M = 32.89$, $DE = 12.64$), siendo el 72.2% mujeres. Se utilizaron el Cuestionario de Reacciones al Estrés y el Cuestionario de Estilos de afrontamiento (COPE). Los resultados muestran que los pacientes con depresión presentan altos niveles de estrés, respondiendo, en su mayoría, con respuestas emocionales. Los estilos de afrontamiento más utilizados fueron la búsqueda de apoyo emocional, la reinterpretación positiva, la aceptación entre otros. Finalmente, se encontró que las mujeres presentan mayores respuestas globales de estrés que los varones.

Palabras claves: Reacciones al estrés, estilos de afrontamiento, depresión.

ABSTRACT

This research is descriptive correlational that aimed to know the relationship between stress reactions and styles of confrontations in a sample of patients with depression. Furthermore, he sought to know the answers to stress and coping styles and to identify the differences between men and women. Participants were 150 adults diagnosed with depression, aged 18 and 60 years ($M = 32.89$, $SD = 12.64$), 72.2% of which were women. They Questionnaire Reactions to Stress and Coping Styles Questionnaire (COPE) were used. The results show that patients with depression have high levels of stress, responding mostly with emotional responses. The most frequently used coping styles were seeking emotional support, positive reinterpretation, acceptance among others. Finally, it was found that women have higher global stress responses than men.

Keywords: Reactions to stress, coping styles, depression

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la depresión no sólo es un trastorno mental que compromete el estado de ánimo, sino también un problema que afecta la salud pública. En el Perú, el 12% de personas adultas sufren de depresión, de esta población el 75.0% de casos se presenta en mujeres y el 25% en varones (Ministerio de Salud, MINSA, 2013). En población infantil-juvenil, según estudios epidemiológicos realizados en Lima Metropolitana, la prevalencia de episodios depresivos es del 8.6%. (Instituto Nacional de Salud Mental – Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, INSM, 2002). A nivel mundial, vemos que la depresión afecta a más de 350 millones de personas, constituyendo una de las principales causas de discapacidad, presentándose más en mujeres que en varones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

La depresión es un trastorno del ánimo que compromete la funcionalidad y adaptación de las personas hacia su medio. Según la OMS (2010) la depresión es el resultado de interacciones complejas entre los factores sociales, psicológicos y biológicos que pueden generar estrés y afectan la vida de las personas que la presentan.

Las investigaciones concuerdan que la exposición a acontecimientos vitales estresantes puede constituir un importante vínculo entre el entorno social y el riesgo de padecer trastornos del estado del ánimo, tales como depresión, u otros trastornos como trastorno bipolar, distimia, trastorno ciclotímico, entre otros (American Psychiatric Association [APA], 2013; Barra, 2006; Chinchilla 2008).

El estrés y su afrontamiento son temas que han generado un marcado interés de diferentes disciplinas, principalmente de la psicología, que se ha volcado al conocimiento de esta situación con más atención. En la actualidad, existen una variedad de investigaciones sobre el estudio de ambos aspectos y la razón principal es que estos

conceptos se relacionan con el bienestar y la adaptación de las personas hacia su medio (Boullosa, 2013; Lostaunau & Torrejón, 2013; Obando, 2011; Pineda, 2012).

Según Lazarus y Folkman (1986) “el estrés es un proceso dinámico, complejo, interactivo que implica tanto las condiciones ambientales como sucesos reales o imaginarios que son evaluados por las personas y pueden ser percibidos como un recurso o como amenaza, pérdidas o desafíos” (p. 47). De allí la importancia de realizar estudios relacionados con el estrés y su afrontamiento en pacientes con depresión, los cuales conviven con diversos factores psicosociales considerados como fuentes de estrés y que presentan estilos cognitivos negativos que afectan su estado de salud emocional (Vargas, La Torre, & Parra, 2011).

Se considera que el estudio del estrés y el afrontamiento en pacientes con depresión será un aporte significativo para acercarnos al conocimiento de las características de afrontamiento en esta población. Ser diagnosticado con un trastorno de depresión conlleva no solo una vulnerabilidad genética sino también alteraciones en los procesos cognitivos, inadecuados recursos de afrontamiento, baja tolerancia a la frustración; todo ello sumado a los problemas familiares, económicos, laborales y sociales que pueden suscitarse a raíz de la enfermedad y pueden constituir un factor de riesgo para presentar depresión (Billing & Moos, 1984; Muscatell, Slavich, Scott, & Monroe, 2009).

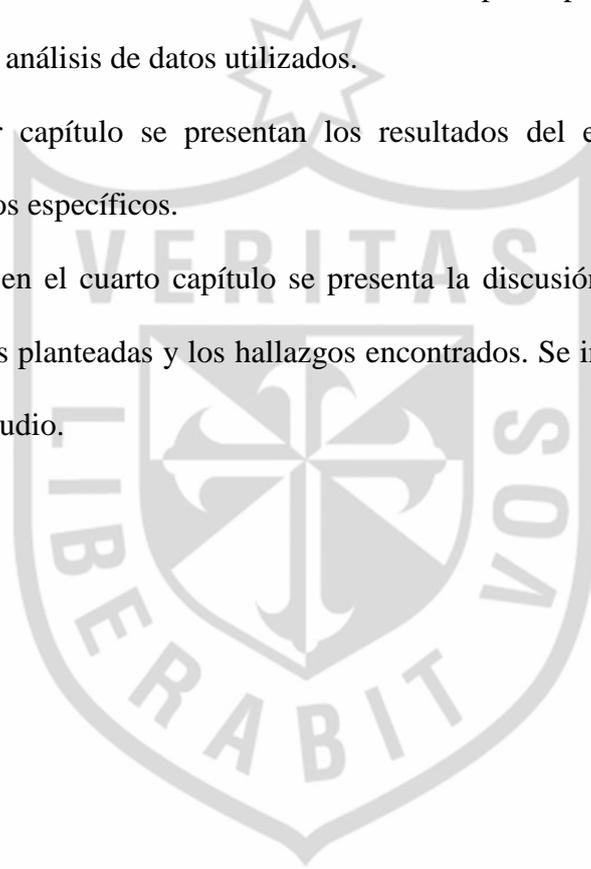
El presente estudio de investigación busca conocer cuál es la relación entre las reacciones al estrés y los estilos de afrontamiento en pacientes con depresión que acuden a una Institución de Salud Mental, población poco estudiada en nuestro medio a nivel de ambas variables y que aportarían luces acerca de la realidad psicológica tanto del estrés y afrontamiento en personas que presenten dicho trastorno.

Con tal propósito, en el primer capítulo se presenta una revisión teórica de los aspectos más relevantes acerca de la depresión, su sintomatología, los criterios diagnósticos y la comorbilidad con otros trastornos. Seguido se detallan los constructos de estrés y afrontamiento, presentando una revisión de estos aspectos y su relación con los estudios actuales.

En el segundo capítulo se da a conocer el método del presente estudio de investigación, se describen las características de los participantes, la medición, el procedimiento y los análisis de datos utilizados.

En el tercer capítulo se presentan los resultados del estudio de acuerdo al objetivo general y los específicos.

Finalmente, en el cuarto capítulo se presenta la discusión de los resultados en relación a las teorías planteadas y los hallazgos encontrados. Se incluyen limitaciones y conclusiones del estudio.



CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

La depresión es un trastorno que se manifiesta por una alteración del estado de ánimo, acompañado de sentimientos de tristeza y abatimiento que pueden afectar de manera significativa la capacidad funcional de la persona (APA, 2013; Vásquez, 2000). La depresión genera una serie de manifestaciones, las que son conocidas como sintomatología depresiva, sin embargo, es importante distinguir entre la tristeza normal y la tristeza patológica propia de la depresión. Existe una gran diferencia entre las personas que se encuentran temporalmente tristes de aquellas que presentan un episodio depresivo mayor. El hecho de presentar algunos síntomas no es suficiente para ser diagnosticado con depresión (Bowlby, 1980; Vásquez, 1990). Con respecto al síndrome depresivo, es importante señalar que se trata de un patrón de síntomas específicos que aparecen de manera simultánea y se mantienen de manera constante durante periodos de tiempo (MINSa, 2008).

Según el DSM-5 (APA, 2013) “los criterios para diagnosticar un trastorno depresivo mayor , implican la presencia de por lo menos cinco de los siguientes síntomas: estado de ánimo la mayor parte del tiempo deprimido, casi todo el tiempo o de la observación de otras personas, disminución del placer de casi todas las actividades, pérdida importante del peso sin hacer dieta, insomnio o hipersomnía casi todo el día, agitación o retardo psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad de concentrarse o tomar decisiones todos los días, pensamientos de muerte recurrente” (p.103).

Un aspecto importante acerca de la depresión, son las consecuencias que se dan en la vida de las personas, principalmente en el ámbito social, laboral, académico u

otras áreas del funcionamiento de la persona. (APA, 2013). En relación a la sintomatología depresiva, las investigaciones han encontrado diferencias en su forma de presentación, la cual varía de una persona a otra en intensidad, gravedad y configuración de los síntomas. En algunos casos los síntomas característicos de tristeza puede transformarse en sensación de vacío, ansiedad, acompañados de culpa y vergüenza (Trucco, 2002; Vásquez, 2007). En el caso de adolescentes la depresión se puede manifestar con irritabilidad o inestabilidad (López, 2012).

Esta variabilidad de síntomas está en relación con factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan a las personas con depresión y que son explicadas a partir de enfoques teóricos. Las teorías biológicas señalan la importancia de los componentes biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión, las investigaciones se basan en el papel que juegan los neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y acetilcolina en el funcionamiento cerebral que dan origen a la depresión y que se constituyen en factores de riesgo cuando va asociado a factores hereditarios (Vallejo, 2002; Vásquez, 2000).

Por su parte, las teorías conductuales proponen que la depresión es un fenómeno aprendido y relacionado con las interacciones entre la persona y su entorno, dichas interacciones pueden no ser adecuadas y representar refuerzos negativos (Vásquez, 2000).

Un enfoque importante, es el representado por la teoría de Beck y el método de evaluación cognitiva, el cual permite explicar el proceso de desarrollo de la depresión a partir de las experiencias tempranas, los esquemas, los sesgos cognitivos y la triada cognitiva. En primer lugar se consideran a las experiencias negativas, como las relaciones conflictivas con la familia, críticas de los padres, de los amigos, de los profesores y que generarían esquemas disfuncionales (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012;

Vásquez-Barquero, 2008). En segundo lugar se encuentra la perspectiva de los esquemas cognitivos, que son patrones de pensamientos aprendidos a partir de las interacciones tempranas. En cuanto a los esquemas de la depresión, son aquellos que se alejan de la lógica y son activados por situaciones estresantes (Beck, 1979). Asimismo se cuenta con los sesgos cognitivos, los que están definidos como los errores en el procesamiento de la información y son de contenido negativo, en el caso de la depresión, estas inferencias son absolutas, dogmáticas y rígidas. Un último elemento está constituido por la triada cognitiva, basada en la visión negativa de sí mismo, que lo lleva a percibirse como una persona torpe, enferma y con poca valía. Además, de interpretar sus experiencias de una manera negativa, tiene la impresión de que el mundo le presenta obstáculos difíciles de superar. A su vez, presenta una visión negativa de su futuro, esperando infortunios, frustraciones y dificultades que dan lugar a sufrimientos (Beck, 2005).

Algunos estudios identifican que los estilos cognitivos negativos y los pensamientos rumiativos, son los factores de riesgo para la aparición de episodios depresivos (Robinson & Alloy, 2003). Asimismo, se ha encontrado que personas que presentan altos índices de pensamientos rumiativos experimentan síntomas depresivos más graves, a diferencia de personas que no presentan este estilo de pensamiento (Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999).

Cabe resaltar la preponderancia de mujeres con depresión. Diversos estudios han encontrado que las mujeres se deprimen más a diferencia de los hombres (Gaviria, 2009). Además, la edad de inicio en la depresión es a partir de los 13 años, esto en virtud a un desarrollo sensible basado en la vulnerabilidad cognitiva genérica que predisponen a las mujeres al inicio de la depresión, sumado a los eventos estresantes

negativos durante la adolescencia (Cova, 2005; Hankin & Abramson, 2001; Vázquez-Barquero & Torres, 2005).

Es relevante destacar la asociación entre la depresión y el estrés, en razón a que se han considerado procesos psicológicos que se relacionan mutuamente. Estudios realizados consideran que el inicio de episodios depresivos está asociado con la presencia de estresores episódicos, mientras que las depresiones recurrentes estarían vinculadas con estresores crónicos y de alta intensidad (Hammen, 2005; Vázquez-Barquero, 2008). Finalmente, es importante destacar el papel que cumple el estrés en el inicio, mantenimiento y permanencia de la sintomatología depresiva y la influencia recíproca que se genera entre ambos aspectos (Muscatell, Slavich, & Gotlib, 2009).

1.1 Estrés

Uno de los primeros en investigar sobre el estrés en el campo de la psicología fue Selye (1936) quien utilizó el término para referirse a un conjunto de reacciones fisiológicas no específicas las cuales tienen relación con la activación de las vías del sistema nervioso autónomo, que surgen ante situaciones negativas relacionada con desastres naturales o hechos traumáticos o cualquier otra forma de estímulo nocivo, que puede atentar contra el equilibrio del organismo y a la forma de reacción la denominó Síndrome General de Adaptación (Sandin, 1995; Selye, 1950). Otro enfoque en el estudio del estrés estuvo centrado en las respuestas fisiológicas, fue propuesto por Holmes y Rahe (1967) definen el estrés como un estímulo que supone una adaptación por parte de las personas. Asimismo, sostienen que un acontecimiento o un suceso puede representar una fuente de estrés (Sandin, 1995).

El enfoque que marca un cambio en la perspectiva acerca del estrés está representado por Lazarus y Folkman (1986) quienes sugieren que el estrés sea tratado

como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana. Ellos afirmaron que el estrés es el resultado de una evaluación de daño o pérdida, de amenaza o de desafío el cual está determinado por un proceso que se denomina evaluación cognitiva. Este enjuiciamiento funcional de la actividad psíquica está centrado principalmente en tres procesos relacionados con el análisis cognitivo, como el proceso de evaluación encargados de llegar a una cognición tras operar con las informaciones que provienen del exterior y de uno mismo, seguido de los procesos automáticos que dependen del estilo cognitivo y de las conductas mediadas por los aprendizajes, y los procesos de esfuerzo de naturaleza dinámica, que persiguen objetivos e implican una participación activa (Hombrados, 1997).

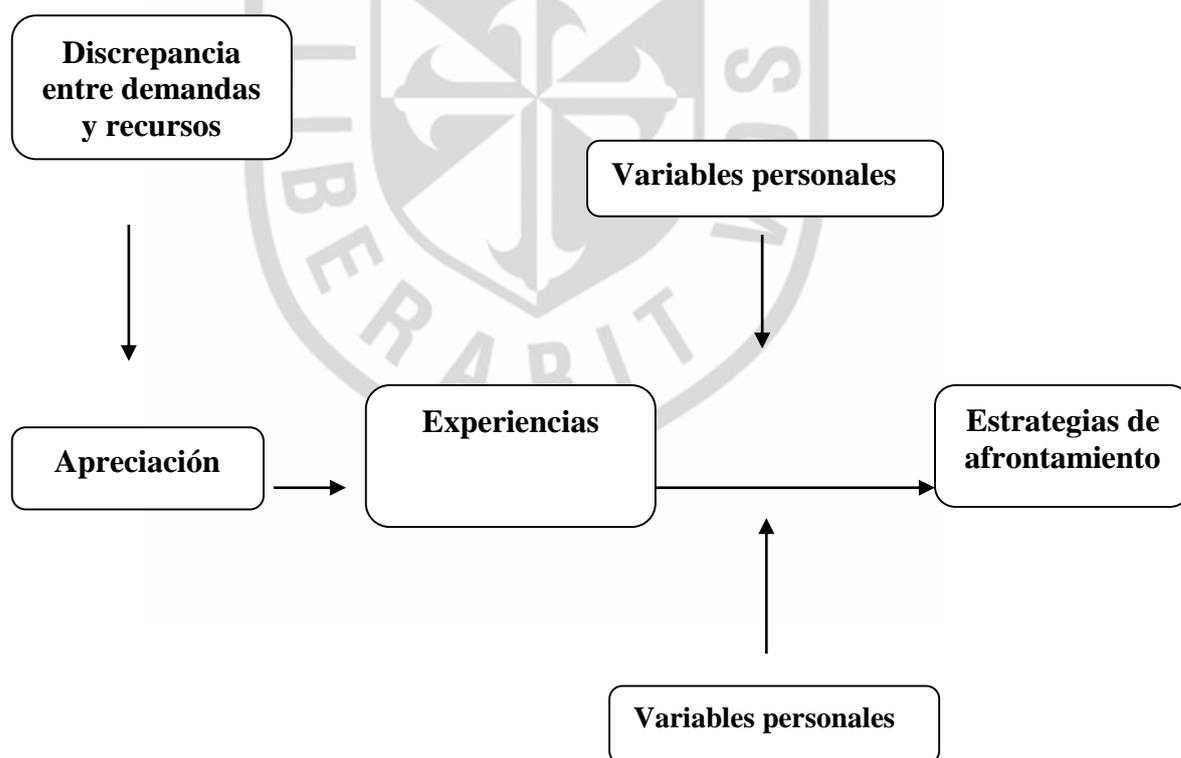


Figura 1. Modelo de Lazarus y Folkman, adaptado por Gutiérrez (1998)

Como se puede observar en la figura 1, el estrés es un proceso caracterizado por la relación entre el individuo y su entorno, donde existe una discrepancia entre las demandas del medio y la percepción acerca de los recursos personales, sumado a la apreciación de amenaza, pérdida, o peligro, que desborda la capacidad de afronte de la persona lo que puede representar un desequilibrio para su bienestar (Hombrados, 1997; Lazarus & Folkman, 1986; Nieto, Abad, Esteban, & Tejerina, 2004; Reynoso, 2005).

Como todo proceso, el estrés implica una serie de respuestas frente a estímulos ambientales, conocidas como reacciones al estrés, las que dependerán de la intensidad de los estímulos o sucesos estresantes y sobretodo de la percepción de amenaza o daño. Y principalmente de las variables personales. Estas reacciones se presentan a través de diversas manifestaciones, entre las que encontramos a las reacciones cognitivas donde se consideran principalmente las evaluaciones y autoverbalizaciones desencadenadas por la percepción de peligro o amenazas de los acontecimientos, pueden estar acompañadas con respuestas de bloqueos mentales, pensamientos rumiativos, ideas negativas, pérdida de memoria y sensación de irrealidad (Sandin, 1995). Estudios señalan que las situaciones de estrés generan problemas en el aspecto cognitivo, afectando el funcionamiento intelectual (Rodríguez, 1995).

Otro tipo de reacciones, son las manifestaciones emocionales que tienen como objetivo restaurar el equilibrio en el organismo, las que dan lugar a reacciones de tipo positivo y a las tipo negativo, acompañadas de miedo temor, ansiedad, angustia, incomodidad, ira, irritabilidad, pesimismo y principalmente a la depresión, estas

manifestaciones surgen como respuesta a los estímulos amenazantes y demandantes (Cassaretto, 2003; Rodríguez, 2005).

Finalmente, se encuentra a las reacciones fisiológicas propias del organismo, las cuales son observables y tienen que ver con la activación del sistema nervioso autónomo, acompañadas de dilatación pupilar, sudoración, aumento de la presión arterial, taquicardias, disminución del apetito, problemas gastrointestinales, entre otros (Sandin, 1995).

Como se sabe las reacciones al estrés están relacionadas a la existencia de una variedad de fuentes de estrés que van desde las simples demandas cotidianas, hasta aspectos personales, familiares y sociales. Pueden existir múltiples de causas que se conviertan en fuentes de estrés en las personas, estas pueden ser de carácter positivo y/o negativo que al generar una demanda pueden ocasionar un problema de ajuste al organismo (Labrador, 1995).

Dentro de los estresores más importantes se encuentran los sucesos vitales, los que están ligados con las experiencias objetivas que perturbarían la vida de la persona, ocasionando un reajuste en el individuo, por ejemplo, la presencia de una enfermedad o la muerte de un cónyuge. Sandin (1995) manifiesta que estos sucesos pueden tener un carácter extraordinario o pueden ser parte de un proceso normativo en la vida de las personas. Además, agrega que todo suceso vital supone un cambio, a mayor cambio existe una mayor probabilidad de enfermar.

Además también se dan los sucesos menores, conocidos también como eventos diarios, son aquellos que tienen un menor impacto en las personas y forman parte de su diario vivir, por ejemplo (lidiar con el transporte, dificultades económicas, entre otros (Lazarus & Folkman, 1986). Finalmente, se encuentran los eventos traumáticos se refieren principalmente a circunstancias negativas, como violaciones, accidentes

automovilísticos, desastres naturales, entre otros. Debemos señalar que la respuesta al estrés dependerá en gran medida de los mecanismos de afronte, tanto para los sucesos vitales de mayor efecto y para aquellos que pertenecen a la vida diaria. En este sentido, el afrontamiento es un mecanismo que permite a las personas adaptarse a las diferentes circunstancias estresantes (Vásquez, 1996). Las reacciones al estrés y las consecuencias en las personas están influidas por los procesos mediadores representados por las denominadas estrategias de afrontamiento, las cuales reducirán de algún modo las cualidades aversivas del estrés (Labrador, 2008; Rodríguez, 1995; Ruiz et al., 2012).

Según este modelo existen dos tipos de evaluación cognitiva, la primaria y la secundaria. La primera hace referencia al proceso de determinar el significado del evento potencialmente estresante para el bienestar. En este proceso se producen tres tipos de juicio, el irrelevante, cuando este no implica la necesidad o compromiso, el bueno y positivo, cuando las emociones son placenteras, y el estresante, cuando existe la amenaza de daño-pérdida o el daño ya ocurrido. Es importante señalar que todo proceso de estrés implica una acción y esta se da a través de un mecanismo denominado afrontamiento (Rodríguez, 1995).

Cabe mencionar que se han realizado estudios acerca de las diferencias según sexo en la percepción al estrés y las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades físicas, encontrándose que las mujeres presentan mayores niveles de estrés (Ticona, Santos, & Siqueira, 2013).

1.2 Afrontamiento

El afrontamiento es considerado como un proceso que permite manejar las demandas y exigencias que surgen en la relación que se establece entre el individuo y su entorno. Los que dependerán de la percepción que realiza el individuo de las situaciones que evalúa como estresantes (Reynoso, 2005). El afrontamiento como proceso implica un despliegue de recursos que llevan a cabo las personas, las que ayudaran a disminuir y enfrentar el efecto de las situaciones y eventos estresantes, entre las que se encuentran las creencias personales que tienen que ver con las ideas y autoafirmaciones positivas que forman parte de la cosmovisión de las personas, pueden ir desde la creencia en alguien superior, la esperanza, la fe, la ilusión, la idea que todo va a pasar, que es parte de la vida, destacando que estas ideas permiten tener una mayor tolerancia y afronte a los problemas y dificultades (Rodríguez, 1995).

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento, como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas y exigencias externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164). Cabe señalar que el afrontamiento tiene aspectos positivos y los cuales buscan fundamentalmente lograr una mejor relación entre el individuo y su contexto, lo que equivale a mejorar el ajuste y la solución de sus problemas (Reynoso, 2005).

El modelo planteado desde la perspectiva transaccional, asocia el afrontamiento como un proceso, el cual se caracteriza por presentar diversas cualidades, cabe decir que se emplea indistintamente de que sea o no una función adaptiva, es por ese motivo que debe separarse de los resultados. En este sentido, no existen procesos de

afrontamiento bueno o malo. El proceso depende principalmente del contexto, es decir de las circunstancias presentes y que dan origen a una estrategia en particular. Algunas estrategias de afrontamiento son más estables y consistentes. Como en el caso de las estrategias de reevaluación positiva, que las de apoyo social (Lazarus & Folkman, 1986). Se debe distinguir que existen diferentes estilos de afrontamiento, una centrada en el problema, otra centrada en la emoción y una que componen los otros estilos de afrontamiento. Además, estos autores señalan que una persona vulnerable, con baja energía, va tener menos recursos para hacer frente a los estresores que tenga que afrontar, a diferencia, con la que cuente con un buen estado de salud.

Las respuestas de afrontamiento son acciones dirigidas para intentar hacer frente a las demandas y exigencias que el contexto o la situación presentan a las personas. Existen más de dos formas principales de afrontamiento, la que se orienta al problema o la que se orienta principalmente a la emoción y las otras que buscan evadir el problema que es fuente de estrés. Además, Reynoso (2005) señala que las estrategias de afrontamiento se utilizan para minimizar el efecto de los estresores, independientemente de los resultados que pueden presentarse.

1.2.1 Afrontamiento enfocado en el problema

Este estilo de afrontamiento está caracterizado por el despliegue de recursos personales con los que cuentan las personas, los cuales tienen como objetivo hacer frente a las situaciones, los recursos con los que cuente el individuo, creencias o autoafirmaciones positivas, estrategia de solución de problemas, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales (Nieto, 2004; Reynoso, 2005). Otros recursos de afrontamiento lo constituyen las técnicas de resolución de problemas se refieren a aquellas que tienen que ver con la estrategia de análisis de los problemas y la búsqueda

de alternativas de solución, las cuales ayudan a la persona a la elección de una solución flexible, adecuada a la situación presente. Estas técnicas siguen un proceso sistemática que van desde la definición operacional del problema hasta la búsqueda de alternativas adecuadas (Nieto, 2004).

Las habilidades sociales constituyen, en este sentido, un recurso importante como mecanismo de afronte que se caracteriza por las destrezas a nivel de la interacción con las personas del entorno, y las cuales van desde las más básicas como el autocuidado, habilidades para iniciar y mantener una comunicación, solicitar un pedido, o hacer una crítica. Estas habilidades facilitarían la interacción con el medio, realizar transacciones y negociaciones adecuadas que nos permitirán resolver inconvenientes en la relación con nuestro entorno (Lazarus & Folkman, 1986; Nieto 2004) manifiesta que “el apoyo social es uno de los recursos de afrontamiento, caracterizado por su dirección, es decir, si es aportado o recibido, o si es dispuesto en cantidad o calidad. Tanto si este apoyo es de carácter emocional, informativo o valorativo, es decir, si constituye o no fuente de apoyo.” (p. 190). Algunos estudios han considerado que el apoyo social favorece la salud física, psíquica o emocional, bien porque se puede relacionar con el inicio de la enfermedad o porque favorece la recuperación de la persona con depresión (Barra, Cerna, Kramm, & Véliz, 2006; Matud, Lopez, & Caballeira, 2001).

Para Lazarus & Folkman (1986), los estilos y las estrategias de afrontamiento se constituyen de la siguiente manera:

Dentro del estilo de afrontamiento enfocado en el problema se encuentran las siguientes estrategias:

- **Afrontamiento activo:** tiene como objetivo ejecutar acciones directas para evitar los efectos negativos del estrés.

- **Planificación:** busca desarrollar estrategias basadas en acciones directas para enfrentar de la mejor manera el estrés.
- **Supresión de actividades:** consiste en dejar de lado otras actividades para no interferir con la solución del problema.
- **Postergación:** es una estrategia que busca el mejor momento para actuar y desplegar una acción determinada.
- **Búsqueda instrumental de apoyo social:** consiste en la búsqueda de la orientación y consejo del grupo social y del entorno.

1.2.2 Afrontamiento enfocado en la emoción

Este estilo se encargan de disminuir la emoción, principalmente el trastorno emocional, aquí se pueden utilizar la evitación, minimización, distanciamiento la atención selectiva, la extracción de valores positivos, es decir, ver el lado bueno de las cosas. Todas ellas con el objetivo reducir el efecto emocional sobre la persona y el ambiente. Entre las estrategias que están incluidas en este estilo de afrontamiento, se encuentran las siguientes: (Reynoso, 2005).

- **Búsqueda instrumental de apoyo emocional:** se basa en la búsqueda de apoyo emocional, de las otras personas con el fin de disminuir el malestar emocional producto de situaciones estresantes.
- **Reinterpretación positiva:** esta estrategia tiene como finalidad reevaluar la situación problemática y darle una connotación positiva y más adecuada.
- **Aceptación:** se da a través de los dos procesos de evaluación cognitiva, la primera en la primera fase de la evaluación primaria, donde se acepta que la situación estresante existe, en el otro caso se produce en la evaluación secundaria, donde se acepta que el problema ha ocurrido y no será cambiada.

- Acudir a la religión: consiste en acercarse a la religión, apoyándose en las creencias religiosas, la fe, la oración como una forma de apoyo frente a los problemas.
- Negación: es una estrategia basada en negarse a aceptar que el problema existe y tiende a actuar como si el problema.

1.2.3 Otros estilos de afrontamiento

En este grupo se consideran estilos que son menos adecuados para hacer frente a las situaciones estresantes. Estos tienen que ver con la liberación de las emociones, con darse por vencido y no seguir las metas, distrayendo su atención hacia diversas actividades que puede interferir con la solución de los problemas.

- Liberación de emociones: consiste en la tendencia a enfocarse en las consecuencias negativas y desagradables de las emociones, expresando de forma abierta las emociones.
- Desentendimiento conductual: consiste en darse por vencido y dejar de perseguir las metas que la situación estresante está bloqueando.
- Desentendimiento mental: consiste en permitir que diversas actividades distraigan la atención de las evaluaciones acerca del problema y de la meta que está siendo interferida por la situación estresante.

Como se aprecia, el estrés y el afrontamiento son procesos complejos, que implican principalmente la evaluación que realiza la persona acerca de los eventos o situaciones estresantes y que dependerán en gran medida del afronte y los recursos con los que cuente. Estudios teóricos sobre el tema enfatizan la existencia consecuencias nocivas del estrés en las personas y del importante papel que cumple el afrontamiento en las personas (Lazarus & Folkman, 1986).

1.3 Relación entre el estrés y el afrontamiento

Las investigaciones muestran la relación entre el estrés y el afrontamiento, se ha encontrado una relación significativa entre el estrés y el afrontamiento en una muestra de estudiantes universitarios, siendo el afrontamiento centrado en el problema el que predomina en esta población no clínica (Boullosa, 2013).

Un hallazgo similar se encontró en universitarios quienes presentaron niveles severos de estrés siendo las estrategias de afrontamiento más utilizadas la planificación y el afrontamiento activo (centradas en el problema), además de la reinterpretación positiva y crecimiento, negación (centradas en la emoción), desatentamiento, enfocar y liberar emociones (otras estrategias) (Ticona, Paucar, & Llerena, 2006).

En un estudio a nivel nacional, Cassaretto, Chau, Oblitas, y Valdez (2003) evaluaron una muestra de estudiantes universitarios encontrando que a mayor edad se presentaba con mayor frecuencia preocupaciones relacionadas con el futuro y el sí mismo. Siendo los estilos centrados en el problema y los centrados en la emoción los que eran utilizados con mayor frecuencia que a su vez se relacionaba con niveles de estrés más bajo en esta población.

Por su parte, en una investigación comparativa con estudiantes universitarios de Perú y Suecia acerca de la percepción del estrés, experiencias académicas estresantes y los tipos de afrontamiento se encontró similitud en la percepción negativa del efecto de situaciones estresantes tanto en su desempeño y la salud como en el estado de ánimo de

los participantes. Sin embargo, el estudio encontró diferencias en la definición del estrés y los estrategias de afrontamiento utilizadas, lo cual indica que el aspecto cultural puede ser un factor que afecta la percepción acerca del estrés y su forma de afronte y varía de cultura a cultura (Gonzales, 2008).

En poblaciones que presentan enfermedades físicas, como pacientes con enfermedad cerebro vascular, se ha encontrado una correlación positiva con los otros estilos de afrontamiento (Barreda, 2011). Hallazgos similares fueron encontrados en una muestra de pacientes con TBC, donde la estrategia centrada en el problema fue la que más predominó, siendo la supresión de actividades y la planificación las más utilizadas por esta muestra (Pillaca, 2013).

En un estudio sobre estrategias de afrontamiento y ansiedad y depresión en pacientes con VIH, encontraron un alto uso de estrategias de afrontamiento centrado en el problema donde el afrontamiento activo y la reinterpretación positiva fueron las de mayor uso, las estrategias centradas en las emociones fueron significativas, principalmente el centrarse en la religión y la búsqueda de apoyo emocional del personal de salud (Gaviria, Quinceno, & Vinaccia, 2009).

En un estudio longitudinal realizado en adolescentes sobre acontecimientos estresantes, afrontamiento y ajuste, se encontró que las estrategias de búsqueda de ayuda y resolución de problemas aumentaron con la edad, mientras que las de evitación disminuyeron. Respecto al sexo, las mujeres utilizaron las estrategias de ayuda con mayor frecuencia. En el caso de adultos mayores, estos presentaron niveles medios de estrés y utilizaban estrategias centradas en el problema, seguidas de las centradas en las emociones (Acosta, 2011).

Por otro lado, también se han realizado estudios sobre el estrés con poblaciones clínicas. Por ejemplo, en un estudio comparativo realizado con pacientes con bulimia y con un grupo control (Romero, 2009), se encontraron mayores niveles de estrés en la muestra clínica que en no pacientes, observando diferencias en relación a la edad y tiempo de enfermedad. Se encontró que las personas de menor edad presentaron mayor estrés fisiológico que las que tenían mayor edad, en cuanto al tiempo de enfermedad se pudo observar que las personas con tiempo de enfermedad mayor a 4 años, presentaban mayores niveles de estrés fisiológico, emocional y total. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las estrategias evitativas predominaban en los pacientes con bulimia. Asimismo, se halló una alta correlación entre estrés y afrontamiento en la muestra estudiada.

Por todo lo visto anteriormente, se considera de relevante e importante el estudio del estrés en pacientes con sintomatología depresiva. El concepto cobra importancia en nuestro medio porque se vive en una sociedad que presenta situaciones de estrés constante, relacionadas con las condiciones o factores socioeconómicos, cambios sociales y diferentes circunstancias como problemas en el transporte, desempleo, o violencia. Las investigaciones muestran que los problemas de salud mental, incluyendo la depresión, son generados, activados ante la exposición de eventos estresantes (Veytia, Gonzales, Andrade, & Oudhof, 2012).

El estrés y el afrontamiento son aspectos estudiados en la actualidad por las implicancias que puede tener en el ser humano y las consecuencias no sólo en los aspectos psicológicos, sino también en los aspectos físicos, emocionales y conductuales de las personas. El presente estudio tiene como principal interés conocer cómo las

personas con depresión manejan las demandas estresantes, cuáles son sus estilos de afrontamiento al estrés, de qué manera afrontan situaciones que evalúan como estresantes y cómo influye en su estado actual.

Por todo lo visto anteriormente este estudio tiene como propósito conocer la relación que existe entre el estrés y el afrontamiento en pacientes con depresión que acuden a una institución de salud mental. En este sentido se considera que conocer las reacciones al estrés y los estilos de afrontamiento en personas que presentan problemas de salud mental, como en el caso de la depresión, resulta un aporte significativo para conocer los recursos con los que cuentan y establecer maneras de enfrentar los estresores de manera adecuada. Por lo tanto, el objetivo general del estudio es identificar la relación entre las reacciones al estrés y los estilos de afrontamiento en personas diagnosticadas con depresión.

Como objetivos específicos se proponen describir las respuestas al estrés y los estilos de afrontamiento que presentan los pacientes con depresión. Además se identificará si existen diferencias entre hombres y mujeres en los estilos de afrontamiento reportados.

Es relevante considerar a las personas que acuden a una institución de salud mental ya que los problemas que afectan su funcionamiento en la esfera emocional son producto de su convivencia en múltiples entornos: social, familiar, económico y diario, lo cual puede sobrecargar el estado de salud y equilibrio psicológico. En este sentido, es importante conocer cuáles son sus respuestas a estos diversos estresores y los modos

que tienen para afrontarlos para así identificar los recursos con los que cuentan y las dificultades que presentan.

Este estudio es importante pues contribuye al conocimiento e información sobre las reacciones al estrés y estilos de afrontamiento en pacientes con depresión que acuden a una institución de salud mental en nuestro medio. Si bien existen investigaciones que se han realizado en estudiantes universitarios, madres gestantes, pacientes oncológicos y con enfermedad física diagnosticada, no se han llevado a cabo estudios específicamente en pacientes con depresión.



CAPITULO 2

MÉTODO

El método de investigación que se utilizó en el presente trabajo fue de tipo descriptivo correlacional, Según Kerlinger y Lee (2002) no experimental, en virtud a que no se manipularan las variables, solo se observaran los fenómenos para luego analizarlos. Además, el estudio tiene varios propósitos, por un lado, conocer cuáles son las respuestas al estrés en personas que acuden a una institución de salud. Además de conocer el afrontamiento al estrés de dicha población, para luego relacionar ambas variables. En esencia, la investigación correlacional, según lo definido por Hernández, Fernández y Baptista (2010), ya que busca conocer las probables relaciones entre variables.

2.1 Participantes

La muestra estuvo compuesta por 150 pacientes que acuden de manera ambulatoria a una institución de salud mental de Lima, quienes presentan diagnóstico de depresión según su historia clínica. Son de ambos sexos, 109 mujeres (72.2%) y 49 varones (27.3%) cuyo rango de edades fluctuaron entre los 18 años y 60 años, siendo la edad promedio de los participantes de 32.89 ($DE = 12.64$). En relación al grado de instrucción, el mayor porcentaje tenía estudios superiores 60%, mientras que el 24% tenía estudios secundarios, 10% contaba con estudios técnicos y 6% tenía estudios primarios. En cuanto al estado civil eran solteros en mayor porcentajes 61.1%, mientras que el 22% eran casados, el 10, 7% eran convivientes, 4 % eran separados, 1,3% eran divorciados y el 0,7% eran viudos. A nivel ocupacional el 31,3% eran empleados, 24%

estudiantes, 18% no tenían ocupación, 16,7 % eran independientes, seguido del 10% que se dedicaban a su casa. En cuanto a la condición del paciente, el 54,7% eran pacientes nuevos y el 45,3% eran continuadores.

Se utilizó el muestreo intencional, dado que se excluyó a los pacientes que presentaban otra condición de salud física y mental. Para recabar información sobre edad, grado de instrucción, lugar de nacimiento, estado civil, lugar de procedencia, ocupación de los participantes se empleó una ficha de datos sociodemográficos.

2.2 Medición

Tomando en consideración el tipo y diseño de investigación, las variables a medir son las siguientes:

2.2.1 Reacciones al estrés (Valdez, 1999). Las reacciones al estrés fueron medidas con el Inventario de Reacciones al Estrés, el cual evalúa las reacciones emocionales, fisiológicas y cognitivas de la persona sometida a una situación estresante en los últimos 6 meses. El instrumento fue elaborado por Valdez (1999) para efectos de la investigación de estrés y afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios, a partir de la revisión de la literatura en estrés. El inventario consta de 33 ítems con opciones de respuesta en una escala tipo Likert: 0= Nunca, 1= Algunas veces, 2= Casi siempre, 3= Siempre). El ítem 33 está formulado de manera directa y su puntaje se obtiene mediante la inversión de la calificación de las respuestas (3= Nunca, 2= Algunas veces, 1= Casi siempre y 0= Siempre). Los puntajes para cada escala se obtuvieron sumando los ítems correspondientes a cada escala. Además, del puntaje para cada una de las 3 escalas, se obtiene un puntaje total mediante la suma de los puntajes totales de cada escala. Un alto

puntaje indica mayores reacciones ante el estrés. La prueba mide las reacciones ante el estrés en 3 áreas:

Reacciones cognitivas: Son el conjunto de auto verbalizaciones desencadenadas ante un evento o situación evaluando como amenazante o demandante. Evaluada por los ítems 3, 6, 13, 17, 21, 26, 27 y 30.

Reacciones emocionales: Son las reacciones de temor, ansiedad, miedo, angustia, tristeza, malestar, frustración, incomodidad, irritabilidad experimentadas por la persona y que surge como respuesta a los estímulos amenazantes o demandantes. Comprende los ítems 2, 4, 9, 10, 11, 15, 19, 22, 23, 26, 28 y 33 (ítem inverso).

Reacciones fisiológicas: Son el conjunto de reacciones biológicas emitidas por el sistema nervioso autónomo frente a un evento o situación evaluada como amenazante o demandante. Evaluado por los ítems 1, 5, 7, 8, 12, 14, 16, 18, 20, 24, 29, 31 y 32 cuyos coeficientes de correlación corregida fluctuaban entre .23 y .53.

Reacciones globales de estrés:

Representa la escala total, que comprende las reacciones cognitivas, emocionales y fisiológicas. Las puntuaciones promedio van de 28 a 40 puntos. Un puntaje menor a 27 nos indicaría niveles bajos de estrés, arriba de 41 puntos nos mostrarían niveles altos.

Para la validez del Inventario de Reacciones al Estrés, Valdez (1999) utilizó el criterio de jueces quienes sometieron a validez de contenido a los ítems de la prueba y aceptaron aquellos que presentaban un criterio de jueces mayor a 0.80. En lo que respecta a la confiabilidad, se obtuvo con el coeficiente de consistencia interna de alfa

de Cronbach, el cual se consideró para las diferentes áreas, los valores alcanzados fueron considerablemente altos, anulándose aquellos ítems menores a 0.17.

Para la presente investigación, se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach para las tres dimensiones de la escala y para el puntaje total, con el fin de obtener estimaciones de la confiabilidad de las puntuaciones del test. En primer lugar, para la dimensión *Reacciones cognitivas* se obtuvo un $\alpha = .88$ ("Pierdo mi concentración y capacidad para hacer las cosas"). Para la dimensión de *Reacciones emocionales* se halló un $\alpha = .89$ ("Me siento más irritada que antes"). En la dimensión de *Reacciones fisiológicas* se consiguió un $\alpha = .86$ ("Siento cosquillas en el estómago). Finalmente, para la escala total (*Reacciones globales*) se encontró un $\alpha = .95$ ("Me siento satisfecha con mi vida actual"). En general, estos resultados indican adecuados índices de confiabilidad y evidencia que las puntuaciones obtenidas en el inventario de reacciones al estrés son confiables.

2.2.1 Estilos de afrontamiento al estrés.

Las variables estilos de afrontamiento fueron medidos con el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE) creado por Carver, Sheier y Wientraub (1989). El instrumento evalúa los estilos de afrontamiento: enfocados al problema, centrado en la emoción y otros estilos afrontamiento y además, mide 13 estrategias de afrontamiento, las cuales corresponden a cada uno de 3 estilos de afrontamiento.

El objetivo del instrumento es conocer cómo las personas reaccionan frente a situaciones difíciles o estresantes considerando tanto estilos como estrategias. El estilo de afrontamiento centrado en el problema (1, 2, 3, 4, 5, 14, 15,16, 17, 18,27, 28, 29, 30,

31, 40, 41, 42, 43, 44). Está constituido por el afrontamiento activo, la planificación, la supresión de otras actividades, la postergación del afrontamiento y la búsqueda de soporte social. El estilo centrado en la emoción (6, 7, 8, 9, 11, 19, 20, 21, 22, 24, 32, 33, 34, 35, 37, 45, 46, 47, 48, 50). Comprende la búsqueda de soporte emocional, la reinterpretación positiva, aceptación, acudir a la religión y la negación. Otros estilos adicionales (10, 12, 13, 23, 25, 26, 36, 38, 39, 49, 51, 52). Están constituidos por la liberación de emociones, desentendimiento conductual, y el desentendimiento mental. La aplicación de la prueba es de tipo individual y consta de 52 ítems, los cuales son distribuidos en 13 áreas. El rango de edades es a partir de 16 años en adelante. En cuanto a la calificación de la prueba es de 1 a 4 puntos por cada respuesta, donde 1= casi nunca y 4=con frecuencia.

En cuanto a la validez, Carver et al. (1989) obtuvieron una validez de constructo, utilizando el análisis factorial, donde obtuvieron 11 factores acordes a la escala, con excepción de dos ítems que aparecieron en un solo factor, el afrontamiento activo y la planificación, para luego mantenerse separados. La consistencia interna fue reportada con el índice de alfa de Cronbach cuyos valores en todas las estrategias fueron adecuados, con excepción de la escala de desentendimiento mental con 0.60 (Carver et al., 1989).

En el Perú existe la adaptación del instrumento realizada por Casuso (1996) en población universitaria de Lima, cuya versión es la que se utiliza en el presente estudio. Casuso (1996) trabajó con 817 estudiantes universitarios encontrando valores inferiores de confiabilidad reportados por los autores originales, los cuales oscilaron entre 0.40 y 0.86. Con respecto a la validez de constructo, se obtuvo a través del análisis factorial,

encontrándose 11 factores con eigenvalues mayores a 1.19, lo cual no coincidía con la estructura factorial original, motivo por el cual se reagrupó la prueba. (Romero, 2009).

Para la presente investigación, se estimaron los coeficientes alfa de Cronbach para los tres estilos de afrontamiento y las trece dimensiones de la escala. El coeficiente alfa para *Estilo centrado en el problema* fue de .79; mientras que los coeficientes alfa de sus cinco dimensiones oscilaron entre .63 y .79, excepto en la dimensión Postergación ($\alpha = .31$). Para el *Estilo centrado en la emoción* se obtuvo un alfa de Cronbach de .83, mientras que los coeficientes de sus cinco dimensiones estuvieron entre .62 y .84. Por último, para *Otros estilos adicionales* se obtuvo un alfa de Cronbach de .60, mientras que los coeficientes de sus tres dimensiones (liberación de emociones, desentendimiento conductual y desentendimiento mental) oscilaron entre .23 y .55. En líneas generales, podemos sostener que los puntajes obtenidos de la escala en el presente estudio son aceptablemente confiables, aunque habrá que tener especial cuidado en las inferencias e interpretaciones realizadas con las cuatro dimensiones cuyos coeficientes alfa han sido menores a .60, ya que están por debajo de un nivel de confiabilidad aceptable.

2.3 Procedimiento

En primer lugar se identificaron los pacientes con depresión, los cuales fueron atendidos previamente por un psiquiatra, quien se encargó de derivarlos al servicio de psicología. Una vez en el servicio se procedió a explicar la naturaleza de la evaluación, brindándoles el consentimiento informado y los inventarios en una sola ocasión. El proceso de evaluación de la muestra concluyó al cabo de tres meses, cuando se completó el número de participantes requerido para el estudio.

2.4 Análisis de datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico IBM SPSS versión 22, identificándose, en primer lugar, la consistencia interna de cada cuestionario y sub-escalas mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, así como las respectivas correlaciones ítem test corregidas, como un indicador de la fiabilidad de las medidas obtenidas. Seguidamente se realizaron pruebas de bondad de ajuste de normalidad, a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para cada una de los componente y escalas de los cuestionarios empleadas, con el fin de elegir la prueba estadística (paramétrica o no paramétrica) apropiada para los análisis correlacionales y comparativos.

En ese sentido para estimar las correlaciones entre las variables de estudio se empleó el estadístico no paramétrico rho de Spearman, mientras que para las comparaciones de dos grupos independientes se emplearon las pruebas t de Student y U de Mann Whitney, según la pertinencia del caso. En ambos casos, además del nivel de significancia, se señalan los tamaños del efecto para las diferencias estadísticamente significativas. Por último para las comparaciones de más de dos grupos independientes se emplearon las pruebas estadísticas de Anova de un factor y Kruskal-Wallis, según la pertinencia del caso, empleándose pruebas de comparaciones múltiples en los casos de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, utilizándose la prueba de Bonferroni para el Anova y la prueba de Tukey para Kruskal-Wallis respectivamente.

CAPITULO 3

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados que responden a los objetivos de la investigación. En primer lugar se dan a conocer los datos descriptivos de las variables reacciones al estrés y los estilos de afrontamiento. En segundo lugar, se presentan las correlaciones entre las dimensiones de reacciones al estrés y afrontamiento teniendo en cuenta, además sexo, tipo de paciente, edad y ocupación. Por último se presentan las correlaciones entre ambas variables.

3.1 Análisis descriptivos

Los resultados de las respuestas al estrés de los pacientes con depresión entre 18 a 60 años que acuden a una institución de salud mental se presentan comparando las medias y las desviaciones estándar de los puntajes presentados por la muestra en relación a cada área (4 áreas). En este caso, se presentan los resultados descriptivos sin calificarlo de acuerdo a rangos cualitativos (como alto, promedio o bajo) dado que no existen baremos generales que puedan ser aplicados a pacientes con depresión.

Los resultados de la muestra indican mayores respuestas emocionales ($M = 30.61$, $DE = 7.37$), seguidas de respuestas fisiológicas ($M = 26.96$, $DE = 7.35$) y respuestas cognitivas ($M = 19.06$, $DE = 5.69$). Las respuestas globales indican un alto índice de reacciones al estrés en la muestra ($M = 76.96$, $DE = 18.91$). En un rango de 0 hasta 99.

Por su parte, los estilos más utilizados por los participantes son el centrado en la emoción ($M = 47.42$, $DE = 9.99$) seguido por el estilo centrado en el problema ($M = 45.93$, $DE = 8.51$) y los menos usados son los otros estilos de afrontamiento ($M = 27.07$, $DE = 5.03$). Los puntajes obtenidos en las escalas de estilos de afrontamiento se presentan en el gráfico 1 ordenados por frecuencias, muestran que dentro de los estilos más usados son la reinterpretación positiva, la aceptación, la búsqueda de apoyo emocional y social, mientras que las estrategias menos usadas son la negación y las conductas inadecuadas. Los puntajes obtenidos en las escalas de afrontamiento en la muestra total se presentan en la tabla 1.

Tabla 1

Medianas y desviaciones estándar de las estrategias de afrontamiento

Enfocados en el problema	<i>Max</i>	<i>Med</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>
Afrontamiento activo	12	9.00	2.42	4
Planificación	15	9.00	2.67	4
La supresión de actividades	15	9.00	2.60	4
La postergación	14	8.00	2.23	4
La búsqueda de apoyo social	16	9.00	3.06	4
Enfocados en la emoción	<i>Max</i>	<i>Med</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>
Búsqueda de apoyo emocional	16	10.00	3.45	4
Reinterpretación positiva	16	10.00	3.09	4
La aceptación	10	2.80	4.00	16

Acudir a la religión	10	3.98	4.00	16
Negación	8	2.52	4.00	14
Otros estilos	Max	Med	DE	Min
Liberación de emociones	16	9.50	2.52	5
Desentendimiento conductual	16	8.00	2.33	4
Desentendimiento mental	14	10.00	2.30	4

N=150

3.2 Análisis con variables sociodemográficas

Con el fin de establecer comparaciones entre los puntajes de respuesta al estrés con sus tres componentes y los estilos de afrontamiento con sus trece escalas en el grupo evaluado según las variables sexo, tipo de paciente, edad y ocupación, se efectuaron análisis comparativos para grupos independientes.

3.2.1. Comparaciones de las reacciones al estrés según sexo

En cuanto a las comparaciones de las respuestas al estrés según el sexo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. En todos los casos son las pacientes mujeres las que reportan mayores puntajes promedio en los componentes de respuestas cognitivas, emocionales y fisiológicas, así como en la respuesta global. Para todos los casos, las magnitudes de las diferencias han sido moderadas, tal como se observa en la tabla 2.

Tabla 2

Comparaciones de la respuesta global al estrés y sus tres componentes según sexo

Reacciones al estrés	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	gl	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>(n = 109)</i>		<i>(n = 41)</i>					
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Cognitivas	17.10	5.43	19.80	5.63	2.64	148	.009	.50
Emocionales	27.46	6.95	31.79	7.20	3.31	148	.001	.61
Fisiológicas	24.80	6.88	27.77	7.39	2.23	148	.027	.41
Global	69.37	18.03	79.36	18.58	2.96	148	.004	.55

3.2.2. Comparaciones de las escalas de los estilos de afrontamiento según sexo

Como se puede observar en la tabla 3, al hacer las comparaciones de los puntajes de las escalas de los estilos de afrontamiento según sexo, se encuentra que existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de negación perteneciente al estilo centrado en la emoción y en la escala liberación de emociones perteneciente a otros estilos de afrontamiento. En el caso de la negación, los hombres fueron los que puntuaron más alto, mientras que en el caso de liberación de emociones las mujeres fueron las que obtuvieron puntajes más altos.

Tabla 3

Comparaciones de las escalas del estilo de afrontamiento según sexo

	Hombres		Mujeres		<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	<i>(n = 109)</i>		<i>(n = 41)</i>					
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
emoción								
1. Aceptación	9.93	2.82	10.18	2.81	2161.50	-.31	.76	—
2. Acudir a la religión	8.76	3.34	9.92	4.17	1906.50	-1.39	.16	—
3. Negación	8.59	2.58	7.58	2.46	1718.50	-2.20	.03	.17
Otros estilos de afrontamiento								
1. Liberación	8.10	1.67	10.20	2.55	1161.00	-4.56	.00	.37
2. D. conductual	7.80	1.95	8.01	2.47	2209.00	-.11	.91	—
3. D. mental	9.46	2.27	9.50	2.33	2228.00	-.03	.98	—

3.2.3. Comparaciones de las respuestas al estrés según condición del paciente

En cuanto a las comparaciones de las respuestas al estrés según la condición del paciente los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas en los componentes cognitivo y emocional. En ambos casos los pacientes nuevos han obtenidos mayores puntajes promedio de respuesta frente al estrés en comparación a los pacientes continuadores. En los dos casos las magnitudes de las diferencias han sido pequeñas (entre .15 y .34), tal como se observa en la tabla 4.

Tabla 4

Comparaciones de las dimensiones reacciones frente al estrés según condición del paciente

Reacciones al estrés	Nuevo (<i>n</i> = 82)		Continuador (<i>n</i> = 68)		<i>t/U</i>	<i>g/Z</i>	<i>p</i>	<i>d/r</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Cognitivas	19.91	6.23	18.03	4.81	2.09	147.32	.04	.34
Emocionales	31.60	7.84	29.41	6.61	2249.00	-2.04	.04	.15
Fisiológicas	27.77	7.70	25.99	6.83	2419.00	-1.40	.16	—
Global	79.28	20.17	73.43	16.86	2287.00	-1.89	.06	—

3.2.4. Comparaciones de las escalas de los estilos de afrontamiento según condición del paciente

Al hacer las comparaciones de los puntajes de las escalas de los estilos de afrontamiento según la condición del paciente, se observa que existen diferencias significativas entre pacientes nuevos y continuadores en la estrategia de acudir a la religión ($t(148) = -2.06, p < .05$). En ese sentido, los pacientes continuadores puntúan más alto que los nuevos ($M = 10.31, DE = 3.95$), sin embargo la magnitud de dicha diferencia es pequeña ($r = .17$).

3.2.5. Comparaciones de las reacciones al estrés según rango de edad

Al hacer las comparaciones de las reacciones al estrés según grupos de edad (jóvenes = 18 a 24 años; adultos jóvenes = 25 a 34 años; adultos intermedios = 35 a 49

años; y adultos mayores = 50 años a más) los resultados indican que no existen diferencias significativas en todas las variables analizadas para cada grupo de edad.

3.2.6. Comparaciones de las escalas de los estilos de afrontamiento según rango edad

Como se observa en la tabla 5, al hacer las comparaciones de los puntajes de los estilos de afrontamiento según el rango de edad, se encuentra que existen diferencias significativas en la escala búsqueda de apoyo social instrumental perteneciente al estilo centrado en el problema. De manera específica, los adultos jóvenes presentan puntajes más altos que los adultos mayores.

Tabla 5

Comparaciones de las escalas del estilo de afrontamiento centrado en el problema según rango de edad

Estilo	Grupo de edad	<i>M</i>	<i>DE</i>	χ^2	<i>p</i>
centrado en el problema				$(gl=3)^a$	
Apoyo social instrumental	Jóvenes (<i>n</i> = 53)	10.04	3.16	8.63	.04
	Adultos jóvenes (<i>n</i> = 56)	8.93	3.22	8.63	.04
	Adultos interme. (<i>n</i> = 23)	10.43	2.87	8.63	.04
	Adultos mayores (<i>n</i> = 18)	10.56	1.92	8.63	.04

Así mismo, como se observa en la tabla 6, existen diferencias en las escalas de soporte emocional y acudir a la religión. Al hacer las comparaciones múltiples entre los

rangos de edad en apoyo social emocional se observa diferencias significativas entre los adultos mayores y los adultos jóvenes. De manera específica, el grupo de adultos mayores presenta un mayor puntaje en el uso de esta estrategia afrontamiento. Por su parte, en acudir a la religión se encontraron diferencias significativas, siendo los jóvenes quienes usan menos esta estrategia en comparación con los tres grupos de adultos (jóvenes, intermedios y mayores).

Tabla 6

Comparaciones de las escalas del estilo de afrontamiento centrado la emoción según rango de edad



Estilo centrado en la emoción	Grupo de edad	<i>M</i>	<i>DE</i>	χ^2 (gl=3) ^a	<i>P</i>
Apoyo social emocional	Jóvenes (<i>n</i> = 53)	9.66	3.38	14.22	.00
	Adultos jóvenes (<i>n</i> = 56)	9.09	3.60	14.22	.00
	Adultos intermedios (<i>n</i> = 23)	11.00	3.02	14.22	.00
	Adultos mayores(<i>n</i> = 18)	11.89	2.83	2.83	.00
Acudir a la religión	Jóvenes (<i>n</i> = 53)	7.55	3.12	27.67	.00
	Adultos jóvenes (<i>n</i> = 56)	9.80	3.92	27.67	.00
	Adultos interme. (<i>n</i> = 23)	11.70	3.39	27.67	.00
	Adultos mayores(<i>n</i> = 18)	12.33	4.17	27.67	.00

3.2.7. Comparaciones de las respuestas al estrés según ocupación

Al hacer las comparaciones de las respuestas al estrés según la ocupación, los resultados indican que existen diferencias significativas en el componente de respuestas emocionales. Los análisis de comparaciones múltiples demuestran que los grupos que se diferencian significativamente son los pacientes empleados y los que se dedican a su casa, siendo las de este último grupo las que experimentan mayores respuestas emocionales (ver tabla 7).

Tabla 7

Comparaciones de los componentes de respuestas frente al estrés según ocupación

Reacciones	Ocupación	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
emocionales	Empleado (<i>n</i> =47)	29.02	6.87	2.87	.03
	Independiente (<i>n</i> = 25)	31.16	8.64	2.87	.03
	Su casa (<i>n</i> = 15)	35.20	8.29	2.87	.03
	Estudiante (<i>n</i> = 36)	29.14	5.49	2.87	.03
	Sin ocupación (<i>n</i> = 27)	32.26	7.64	2.87	.03

3.2.8. Comparaciones de las escalas de los estilos de afrontamiento según ocupación

Las comparaciones de los puntajes de las escalas de los estilos de afrontamiento muestra diferencias significativas en la escala supresión de actividades, $\chi^2(4) = 13.34$, $p = .01$. Específicamente, los pacientes estudiantes presentan un mayor puntaje ($M = 10.28$, $DE = 2.82$) que los pacientes empleados ($M = 8.38$, $DE = 2.15$).

Por su parte, como se observa en la tabla 8, se encontraron diferencias significativas en las escalas reinterpretaciones positivas ($\chi^2(4) = 9.75, p = .04$), siendo los pacientes empleados quienes presentan un mayor puntaje que los pacientes estudiantes y los que no tienen ocupación. También se encontraron diferencias en aceptación ($\chi^2(4) = 10.63, p = .03$) donde las pacientes que se dedican a su casa presentan un mayor puntaje que aquellos que no tienen ocupación. Por otro lado, se encontraron diferencias en acudir a la religión ($\chi^2(4) = 31.64, p = .00$) donde los pacientes sin ocupación reportaron menor puntaje que aquellos con trabajos independientes, estudiantes y las que se dedican a su casa.

Tabla 8

Comparaciones de las escalas del estilo de afrontamiento centrado la emoción según ocupación

Estilo centrado en la emoción	Ocupación	<i>M</i>	<i>DE</i>	χ^2 (<i>gl</i> =4) ^a	<i>p</i>
Reinterpretación positiva	Empleado (<i>n</i> =47)	11.06	3.05	9.75	.04
	Independiente (<i>n</i> = 25)	9.72	3.88	9.75	.04
	Su casa (<i>n</i> = 15)	10.00	3.19	9.75	.04
	Estudiante (<i>n</i> = 36)	9.22	2.80	9.75	.04
	Sin ocupación (<i>n</i> = 27)	9.07	2.22	9.75	.04
Aceptación	Empleado (<i>n</i> =47)	10.11	3.07	10.63	.03
	Independiente (<i>n</i> = 25)	10.80	3.62	10.63	.03
	Su casa (<i>n</i> = 15)	11.33	1.99	10.63	.03

Acudir a la religión	Estudiante ($n = 36$)	10.14	2.30	10.63	.03
	Sin ocupación ($n = 27$)	8.78	1.99	10.63	.03
	Empleado ($n = 47$)	10.06	3.75	31.64	.00
	Independiente ($n = 25$)	11.68	3.77	10.63	.00
	Su casa ($n = 15$)	12.80	3.61	10.63	.00
	Estudiante ($n = 36$)	7.94	3.48	10.63	.00
	Sin ocupación ($n = 27$)	7.30	3.11	10.63	.00

Por último, con respecto a los otros estilos de afrontamiento, se encontró diferencia significativa ($\chi^2(4) = 13.93, p = .01$) en la escala de desentendimiento conductual. Los participantes sin ocupación presentan un mayor puntaje ($M = 9.15, DE = 2.52$) en comparación con participantes empleados ($M = 7.55, DE = 1.87$) y trabajadores independientes ($M = 7.28, DE = 2.84$).

3.3 Reacciones al estrés y estilos de afrontamiento

Las correlaciones entre los tres componentes de la respuesta al estrés y los tres estilos de afrontamiento. En este sentido, observamos que la dimensión otros estilos de afrontamiento es la que presenta correlaciones estadísticamente significativas con los tres componentes de respuesta al estrés: cognitivas ($r = .41, p < .001$), emocionales ($r = .52, p < .001$), fisiológicas ($r = .35, p < .001$), así como con las globales ($r = .46, p < .001$). Dichas relaciones se presentan de manera positiva y con una magnitud moderada, lo cual implicaría que a mayor respuesta de estrés los pacientes diagnosticados con depresión tienden a emplear mayores estrategias centradas en otros estilos de

afrontamiento como la liberación de emociones, el desentendimiento conductual y/o el mental.

3.3.1 Correlaciones entre respuestas al estrés y estrategias de afrontamiento

A continuación, como complemento del análisis correlacional previo, se presentan las correlaciones entre los tres componentes de reacciones al estrés y las escalas de cada uno de los tres estilos de afrontamiento.

En primer lugar, en cuanto a las relaciones entre la respuesta al estrés y las escalas del estilo centrado en el problema, se observa que las correlaciones más fuertes se dan con el afrontamiento activo y la planificación (ver tabla 9). Dichas relaciones se dan de manera negativa, lo cual indica que a un menor empleo de estas dos estrategias de afrontamiento los pacientes con depresión experimentarán una mayor respuesta de reacción global frente al estrés, así como una mayor respuesta en sus tres componentes, experimentándola en mayor grado en el componente de respuesta emocional.

Tabla 9

Resumen de las intercorrelaciones entre los tres componentes de respuesta al estrés y las estrategias del estilo de afrontamiento centrado en el problema

	<i>Cognitiva</i>	<i>Emocional</i>	<i>Fisiológica</i>	<i>Global</i>
Enfocado en el problema	-.13	-.18*	-.13	-.17*
Activo	-.30**	-.33**	-.21**	-.30**
Planificación	-.29**	-.35**	-.20*	-.31**
Supresión de actividades	.05	.04	.01	.03
Postergación	.11	.17*	.15	.16*
Apoyo social instrumental	.05	-.04	-.10	-.52

**** $p < .01$; * $p < .05$**

En segundo lugar, como se puede apreciar en la tabla 11, en referencia a las relaciones entre la respuesta al estrés y las escalas del estilo centrado en la emoción, se encuentra que la reinterpretación positiva se relaciona significativamente y de manera negativa con la reacción global al estrés y sus tres componentes. Así, a un menor empleo de esta estrategia de afrontamiento los pacientes con depresión experimentarán una mayor respuesta de reacción global frente al estrés, así como una mayor respuesta en sus tres componentes, experimentándola en mayor grado en el componente de respuesta cognitiva.

Asimismo, la escala de aceptación presenta relaciones estadísticamente significativas y negativas con la respuesta global al estrés y con los componentes respuesta cognitiva y fisiológica, esto quiere decir que a menor empleo de esta estrategia de afrontamiento los pacientes con depresión manifiestan mayores respuestas de reacción global frente al estrés, así como una mayor respuesta en dos de sus tres componentes, experimentándola en mayor grado en el componente de respuesta cognitiva.

Por el contrario, se aprecia que, en el caso de la escala de negación, existen relaciones estadísticamente significativas y positivas con la respuesta global al estrés y sus tres componentes, lo que implica que a mayor empleo de esta estrategia de afrontamiento por parte de los pacientes diagnosticados con depresión, experimentan una mayor respuesta de reacción global al estrés, así como una mayor respuesta en sus tres componentes, experimentándola en mayor grado en el componente de respuesta cognitiva.

Tabla 10

Intercorrelaciones entre los tres componentes de respuesta al estrés y las cinco escalas del estilo de afrontamiento centrado en la emoción

	<i>Cognitiva</i>	<i>Emocional</i>	<i>Fisiológica</i>	<i>Global</i>
Enfocado en la emoción	-.15	-.03	-.10	-.09
Apoyo social emocional	.06	.04	.05	.06
Reinterpretación positiva	-.36**	-.32**	-.31**	-.36**
Aceptación	-.25**	-.08	-.19*	-.17*
Acudir a la religión	-.11	-.03	-.05	-.03
Negación	.28**	.26**	.22**	.27**

** $p < .01$; * $p < .05$

Finalmente, en referencia a las relaciones entre la respuesta al estrés y las tres escalas de otros estilos de afrontamiento, se encontraron relaciones estadísticamente significativas y positivas con la reacción global al estrés y sus tres componentes, excepto en el caso de la relación entre desentendimiento mental y respuestas fisiológicas (ver tabla 12). Esto significa que a un mayor empleo de estas tres estrategias de afrontamiento las personas con depresión experimentarían una mayor respuesta de estrés global, así como una mayor respuesta en sus tres componentes, experimentándola en mayor grado en el componente de respuestas emocionales.

Tabla 11

Resumen de las intercorrelaciones entre los tres componentes de respuesta al estrés y las tres escalas de otros estilos de afrontamiento

	<i>Cognitiva</i>	<i>Emocional</i>	<i>Fisiológica</i>	<i>Global</i>
Otros estilos	.41**	.52**	.35**	.46**

Liberación	.31**	.38**	.34**	.37**
Desentendimiento conductual	.40**	.47**	.35**	.43**
Desentendimiento mental	.19*	.27**	.07	.18*

** $p < .01$; * $p < .05$



CAPITULO 4

DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue conocer la relación entre las reacciones al estrés y los estilos de afrontamiento en una muestra de pacientes con depresión que acuden a una institución de salud mental. A su vez, se propuso conocer los niveles y tipos de reacciones al estrés así como los estilos y estrategias de afrontamiento, considerando variables sociodemográficas. Primero se presenta la interpretación de los resultados descriptivos para luego analizar la relación entre los constructos principales. Finalmente, se señalan las limitaciones, las conclusiones e implicancias prácticas del estudio.

Los resultados muestran que el grupo de adultos con depresión presentan niveles altos de estrés, este resultado concuerda con lo señalado por Muscatell et al. (2011) quienes mencionan que el estrés no solo está presente al inicio del trastorno depresivo, sino que está asociado al mantenimiento y la permanencia de sus síntomas. Además, se propuso comparar el nivel de estrés presentando por la muestra con el reportado en población clínica, encontrándose que los pacientes con depresión presentan un índice menor en comparación a lo reportado en pacientes con bulimia (Romero, 2009).

Asimismo, se encontraron *mayores respuestas emocionales* en los pacientes con depresión, seguidas de respuestas fisiológicas y las cognitivas. Este resultado indica que los participantes responden al estrés, en mayor frecuencia, con temor, ansiedad, miedo, angustia, tristeza, malestar, frustración, incomodidad, e irritabilidad. Sin embargo, este tipo de reacciones emocionales también han sido encontradas en pacientes con bulimia

y en ex-consumidores de sustancias psicoactivas. Esto indicaría que en personas con alguna condición clínica, la valoración subjetiva de las situaciones como potencialmente amenazantes les generaría un malestar severo y clínicamente significativo a nivel emocional, seguido de manifestaciones fisiológicas y cognitivas (Robinson & Aloy, 2003).

A su vez, se pudo observar diferencias significativas entre hombres y mujeres en las respuestas al estrés. Las mujeres reportaron mayores respuestas cognitivas, emocionales y fisiológicas que los hombres. Asimismo, presentaron un nivel de respuestas globales al estrés mayor a la de los hombres. Estos resultados concuerdan con lo reportado (Roig, 2014) quien encontró que las mujeres de su muestra de ex-consumidores de sustancias psicoactivas puntuaron más alto en estrés que los hombres. Este aspecto tiene relación con el papel que los eventos estresantes tendrían en las mujeres, principalmente con la percepción de la intensidad del estrés, las cuales serían responsables de las diferencias en la vulnerabilidad entre hombres y mujeres (Barra, Cerna, Kramm, & Vélez, 2004).

Por su parte, también se propuso identificar si los pacientes nuevos con depresión presentan niveles más altos de estrés que los continuadores, encontrándose que los pacientes que recién inician su tratamiento presentan mayores niveles de estrés, específicamente en reacciones cognitivas y emocionales. Cabe anotar, este resultado es diferente a lo encontrado en un estudio realizado con pacientes con bulimia donde aquellos con menor tiempo enfermedad presentaron menor nivel de estrés emocional y cognitivo en comparación de aquellos que tienen mayor tiempo (Romero, 2009).

Los hallazgos encontrados en relación al sexo y los estilos de afrontamiento, muestran que existen diferencias significativas en la escala de negación, perteneciente al

estilo centrado en la emoción, siendo los hombres los que tienden a la negación como estrategia de afrontamiento a diferencia de las mujeres, que utilizan como estrategia la liberación de emociones. Aspecto similar se encuentra en un estudio realizado con estudiantes de medicina, donde los hombres de su muestra ignoraban los problemas a diferencia de las mujeres. Esto indicaría que los hombres tienden a negar que el problema existe y actúan como si no existiera (Martin, Lucas, & Pulido, 2011), a diferencia de las mujeres quienes tienden a enfocarse en las consecuencias negativas y desagradables de las emociones, expresando de forma abierta lo que sienten (Barra & Vaccaro, 2012).

Al analizar las comparaciones de las reacciones al estrés según el rango de edad, se encuentra que no existen diferencias en todas las variables analizadas para cada grupo. Este resultado no coincide con otros estudios realizados en población no clínica, sobretodo adolescentes, donde a mayor edad se reporta mayores índices de estrés, es decir, con los años hay un aumento significativo de las preocupaciones respecto al futuro (Cassaretto et al., 2003).

Por otro lado se encontró que los adultos jóvenes de la muestra utilizan la estrategia de búsqueda de apoyo social perteneciente al estilo centrado en el problema, a diferencia de los adultos mayores, *quienes no utilizan esta estrategia* de afrontamiento. Hallazgo similar al estudio realizado en estudiantes de medicina quienes presentaban la búsqueda de apoyo social (Alba, Arenas, Botero, Cañon, Cardona, & Castañón, 2012). Sin embargo, en un estudio con adultos mayores se encontró que ellos sí utilizaban la estrategia de búsqueda de apoyo social (Acosta, 2011).

Asimismo, se encontraron niveles altos de búsqueda de apoyo emocional en los pacientes mayores, a diferencia del estudio de Acosta (2011) en donde los adultos

mayores no clínicos, reportaron un mayor uso de búsqueda de soporte social como forma de hacer frente al estrés. Sin embargo, el estudio de Estefany y Feldberg (2006) con participantes de este grupo etario encontró que los adultos mayores tienden a mantener los lazos sociales e incorporar otros a sus interacciones sociales.

En este sentido, la estrategia que es utilizada con mayor frecuencia por los pacientes adultos mayores del presente estudio (mayores de 50 años) es acudir a la religión, lo cual indica que tanto la búsqueda de apoyo emocional como el acudir a la religión, reflejarían el reconocimiento de redes de soporte emocional y también espiritual que ayudaría a disminuir las repercusiones de las situaciones estresantes, resaltando que estos aspectos permitirían mayor tolerancia, afronte a los problemas y dificultades (Rivera-Ledesma & Montero- López, 2007; Reynoso, 2005).

En cuanto a las comparaciones de las respuestas al estrés según ocupación, se pudo observar que existen diferencias significativas en el componente de respuestas emocionales entre los empleados y las personas que se dedican a su casa, siendo los que se dedican a su casa los que presentan mayores respuestas emocionales. Este hallazgo difiere de los resultados encontrados en un estudio realizado en personas que trabajan fuera de casa a diferencia de las que se dedican a su casa, siendo los segundo los quienes evidenciaron mayores índices de estrés (Garay & Farfán, 2007). En el mismo estudio se encontró que las personas que se dedican a su casa se deprimen con más frecuencia, cabe resaltar que la muestra estudiada fueron mujeres. Este aspecto indicaría que aquellos que realizan una actividad laboral presentarían menor índice de respuestas emocionales en virtud a su mayor ocupación y distracción a diferencia de los que se dedican a su casa y tienen que realizar actividades rutinarias.

Al analizar los resultados de las escalas de los estilos de afrontamiento según el tipo de ocupación, se observa que los estudiantes utilizan la supresión de actividades a diferencias de los que tienen empleo, quienes utilizan la reinterpretación positiva. Este hallazgo difiere de los resultados encontrados en población no clínica, donde las estrategias de los estudiantes fue principalmente el afrontamiento activo, la planificación y las estrategias menos utilizadas fueron la negación y el desentendimiento mental (Mikkelsen, 2009; Ticona et al., 2006). Esto indicaría que los estudiantes que presentan depresión tienden a dejar de lado otras actividades para no interferir en la solución de sus problemas, a diferencia de los empleados, quienes reevalúan la situación problemática y le dan una connotación más positiva. Asimismo se encontró que los pacientes que se dedican a su casa puntuaron más alto en la estrategia de aceptación en comparación a aquellos que no tienen una ocupación. Lo que indicaría que las personas que se dedican a su casa aceptan la situación estresante y consideran que el problema ha ocurrido y no será cambiado (Matud & Bethencourt, 2000).

No obstante, los pacientes sin ocupación presentaron mayor puntaje en la escala de desentendimiento conductual en comparación con los pacientes empleados o trabajadores independientes. A diferencia de los hallazgos encontrados en el estudio de Padilla, Gonzales y Gutiérrez (2007) donde encontraron que las estrategias de afrontamiento en personas que están desempleadas, fueron la reestructuración del problema, la búsqueda de apoyo espiritual entre otros. Esto que indicaría que los pacientes sin empleo tienden a darse por vencidos y dejar de perseguir sus metas, las cuales estarían siendo bloqueadas por la situación estresante.

Respecto a la asociación entre reacciones al estrés, respuestas globales con las estrategias de afrontamiento, existe un menor empleo de las estrategias de afrontamiento activo y planificación en los pacientes con depresión, situación que los llevaría a que experimenten una mayor respuesta global de estrés. Este resultado muestra una diferencia con los pacientes con bulimia, quienes presentaron una correlación inversa de las estrategias de apoyo social y reinterpretación positiva con las respuestas globales al estrés. (Romero, 2009). Sin embargo, en un estudio realizado en ex-consumidores de sustancias psicoactivas, se encontró una relación inversa de respuestas globales de estrés, con las escalas esforzarse y tener éxito y distracción física en dicha muestra. (Roig, 2014). Cabe decir, que los pacientes con depresión que no desarrollen estrategias y que por ende no ejecuten acciones directas, experimentarían mayor nivel de estrés, así como una mayor respuesta en sus tres componentes, especialmente en las respuestas emocionales.

Por otro lado, se ha encontrado que la reinterpretación positiva se relaciona significativamente y de manera negativa con las reacciones globales al estrés y sus tres componentes, lo que indicaría que un menor empleo de esta estrategia de afrontamiento llevaría a experimentar una mayor respuesta de reacción global al estrés, así como una mayor respuesta en sus tres componentes y específicamente en las respuestas cognitivas. Cabe decir que los pacientes con depresión que utilicen menos la reinterpretación positiva la cual tiene que ver con buscar el lado bueno de la situación, tratando de aprender a partir del problema, experimentan mayor nivel estrés, exhibiendo respuestas cognitivas, las que se asocian con la presencia de pensamientos negativos y rumiativos en pacientes con depresión (Garnefski, Legersteff, Kraaij, Van Den, & Teerds, 2002; Muscatell et al., 2009).

Asimismo, se encontró que los pacientes que utilizan la estrategia de negación experimentan una mayor respuesta global al estrés, presentan en mayor grado respuestas cognitivas. Ello concuerda con las investigaciones que señalan que existe una relación directa entre la estrategia de negación y los niveles de estrés (Pineda, 2013; Roig, 2014), lo que indicaría que a mayor uso de la negación estos pacientes experimentarían mayor nivel de estrés acompañado de respuestas cognitivas. Por otro lado, se encontró que aún mayor uso de las estrategias desentendimiento mental, desentendimiento conductual y liberación de emociones las personas con depresión experimentan mayores respuestas globales de estrés, experimentando en mayor grado el componente emocional. Este resultado, es diferente en investigaciones realizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas, donde si bien puede estar presente una de las estrategias, no se presentan las tres de manera conjunta (Barra et al., 2012; Boullosa, 2013; Garvidia, 2007; Mikkelsen, 2009; Pineda, 2012; Pillaca, 2013; Roig, 2014; Ticona et al., 2006).

Dentro de las limitaciones del estudio se puede considerar, en primer lugar las pocas investigaciones en nuestro medio acerca del estrés y el afrontamiento en pacientes con depresión, lo cual dificultó la comparación de los resultados. En segundo lugar, el tamaño de la muestra es pequeño y corresponde a un contexto dentro de una realidad de la institución especializada en salud mental, sujeta a variables psicosociales. Por lo tanto, los resultados no se pueden generalizar a otras poblaciones con diagnóstico de depresión que acudan a hospitales o clínicas generales públicos o privados. Otra dificultad ha sido que los pacientes de la muestra vinieron derivados con diagnóstico de depresión del servicio de psiquiatría, lo cual dificulta determinar la comorbilidad con otros trastornos mentales, los cuales pueden representar particularidades en los resultados.

Entre las conclusiones del estudio se debe decir que existe una asociación negativa entre las reacciones al estrés y los estilos de afrontamiento, principalmente con el estilo centrado en el problema, en las estrategias de afrontamiento activo y planificación. Esto indicaría que el menor uso de ambas estrategias incrementaría las reacciones de estrés.

Los pacientes con depresión que acuden a una institución de salud mental presentan altos índices de estrés, siendo las respuestas emocionales de estrés, las que se presentan en primer lugar, seguida de respuestas fisiológicas y respuestas cognitivas.

Los estilos de afrontamiento más utilizados por los pacientes con depresión, son los centrados en la emoción, seguido del estilo centrado en el problema y en menor proporción los otros estilos de afrontamiento.

Se encuentran diferencias significativas entre los pacientes hombres y mujeres con depresión, siendo las mujeres las que presentan mayores índices en relación a los varones de la muestra estudiada.

A su vez, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, utilizando los primeros la estrategia de negación, a diferencia de las mujeres quienes utilizan con mayor frecuencia la liberación de emociones principalmente.

Al tomar como referencia el tiempo de asistencia a la institución de salud mental se encontró que los pacientes nuevos presentan altos índices de estrés a diferencia de los pacientes continuadores. No obstante, al comparar los estilos de afrontamiento, los

pacientes continuadores utilizan la estrategia de acudir a la religión principalmente a diferencia de los pacientes nuevos.

Al considerar la edad no se encontraron diferencias significativas a nivel del estrés en los pacientes con depresión. Sin embargo, en relación a las estrategias de afrontamiento se encontró que los adultos jóvenes utilizan la búsqueda de apoyo emocional a diferencia de los adultos mayores, quienes utilizan la estrategia de búsqueda de apoyo social.

Por último, al considerar la ocupación se encontró que las personas que se dedican a su casa, presentan mayores índices de estrés y respuestas emocionales a diferencia de los otros grupos que conforma la muestra. Por su parte, los que indicaron estar empleados en algún trabajo presentaron en mayor medida la reinterpretación positiva a diferencia de los no empleados y estudiantes. Finalmente, los que no tienen ocupación reportan más utilizar la estrategia de desentendimiento conductual.

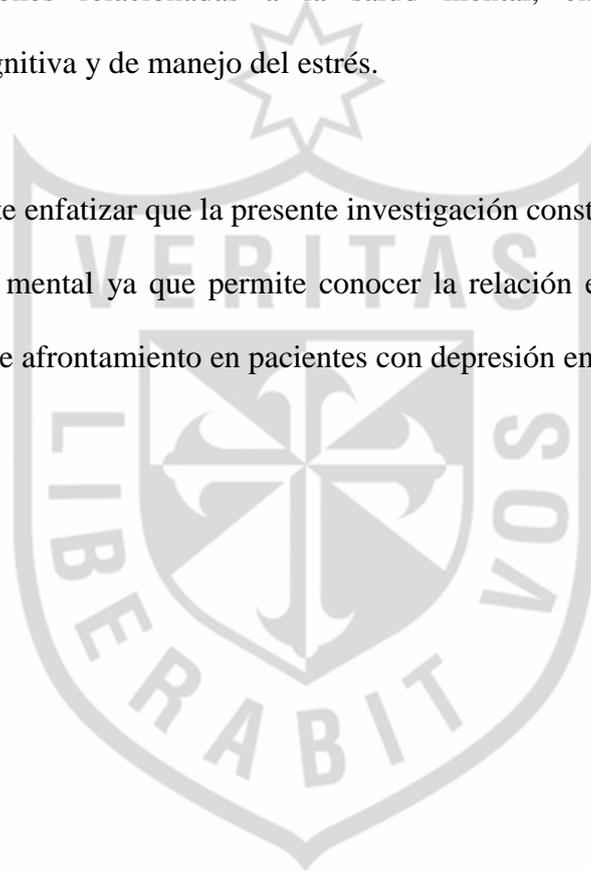
Se sugiere trabajar con muestras más grandes a fin de que los resultados reflejen poblaciones clínicas más amplias, con lo cual la información pueda generalizarse. Sería importante profundizar en el estudio de los aspectos cognitivos que se asocian a la depresión, sobre todo lo referente a los pensamientos rumiativos.

Sería importante, además, investigar la influencia de la edad, sexo y la ocupación a fin de conocer en mayor detalle el papel que tienen en las respuestas al estrés y estilos de afrontamiento en personas diagnosticadas con depresión y que

presenten comorbilidad con otros cuadros como los ansiosos, los alimenticios y adicciones.

La información que brinda el presente estudio servirá para diseñar programas de prevención, intervención y terapéuticos que favorezcan el aprendizaje de estrategias que ayuden a la resolución de problemas, tanto a los pacientes nuevos y continuadores que asistan a instituciones relacionadas a la salud mental, enseñando técnicas de reestructuración cognitiva y de manejo del estrés.

Es importante enfatizar que la presente investigación constituye un aporte para el estudio de la salud mental ya que permite conocer la relación entre las reacciones al estrés y los estilos de afrontamiento en pacientes con depresión en el contexto peruano.



Referencias

- Acosta, R. (2011). *Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores* (Tesis de licenciatura). Universidad Mayor de San Marcos, Lima-Perú.
- Alva, D., Arenas, A., Botero, F., Cañon, S., Cardona, H., & Castro, D. (2012). Estrés, estrategias de afrontamiento, estilos de aprendizaje, y comunicación asertiva, en una muestra de estudiantes del Programa de Medicina de la Universidad de Manizales y diseño de un proceso de mejora. *Archivos de Medicina*, 13(2), 187-201.
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington, VA: Autor.
- Barra, E. & Vaccaro, M. (2012). *Estrés percibido, afrontamiento y personalidad Resistente en mujeres infértiles*. *Liberabit*, 19(1), 113- 119.
- Barra, A., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). *Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes*. *Terapia Psicológica*, 24(1), 55-61.
- Barreda, D. (2012). Depresión y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad vascular. *Revista IIPSI*, 15(2), 203-216.
- Beck, A. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. The Guilford Press. New York.
- Beck, A. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- Billings, A., & Moos, R. (1984). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 877-891.

- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva, tristeza y depresión*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Boullosa, G. (2013). *Estrés y afrontamiento en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Beck, A. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. New York: Editorial Desclee de Brouwer.
- Campos, R., Oliva, A., & Jimenez, Á. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: Un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 39-53.
- Carver, C.H., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdés, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, XXI (2), 363-392.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Cova, F. (2005). An evolutionary perspective on gender differences when in presence of depressive Disorders. *Terapia Psicológica*, 23(1), 49-57.
- Chamarrita, F. (2002). Estrés y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Revista Psykhe*, 11(1), 57-58.
- Chau, C. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: Motivaciones y estilos de afrontamiento. *Persona*, 2, 121-161.

- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Davis, M., & Robbins, E. (1988). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Estefany, D., & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Anales de Psicología*, 22(2), 267-272.
- Estévez Campos, R., Oliva Delgado, A., & Parra Jiménez, Á. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilos de afrontamiento y ajuste adolescentes: Un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 39-53. doi: 10.14349/rlp.v44i2.1030
- Fernández Abascal, E. (2002). *Psicología general: Motivación y emoción*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces S. A.
- Figuroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M., & Estévez Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico: Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Freeman, D. (1998). *Terapia cognitiva de la depresión*. En V. Caballo. (Ed). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 243-245). Vol. 2. Madrid: Editorial Siglo XXI de España.
- Garay, J., & Farfán, M. (2007). Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa). *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 22-29.

- Gaviria, A, Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia Psicológica*, 27(1), 5-13.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). *Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. Journal of Adolescence*. 25, 603-611.
- Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. México: Editorial Pearson.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Hankin, B., y Abramson, L. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated experimental vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127(6), 773-796. doi:10.1037/0033-2909.127.6.773
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista P. (2010). *Metodología de investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Hombrados, M. (1997). *Estrés y salud*. Valencia: Promolibros.
- Kelinger, F & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: métodos de Investigación en ciencias sociales*. México: Mc Graw-hill.
- Labrador, F. (1995). *El estrés*. Madrid: Ediciones temas de hoy.
- Lazarus R., & Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Lazarus, R., & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus R., & Folkman S. (2000). *Estrés y emoción: Implicancia en nuestra salud*. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer.

- Lostanau, A. (2013). *Ansiedad rasgo y afrontamiento en pacientes con diabetes tipo II* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Martos, M. J., & Pozo, C. (2011). Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. *Anales de Psicología, 27*, 47-57.
- Martos, M. J., Pozo, C., & Alonso, E. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología, 93*, 59-77.
- Matud, P., Lopez, M., & Caballeira, M. (2001). Apoyo social y salud: Un análisis de género. *Salud Mental, 25*(2), 32-37.
- Mikkelsen, F. (2009). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes de una universidad de Lima* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- MINSA (2008). *Guía de práctica en depresión* (1ª ed). Lima- Perú.
- Monroe, S. M., Slavich, G. M., Torres, L. D., & Gotlib, I. H. (2007). Major life events and major chronic difficulties are differentially associated with history of major depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(1), 116- 124.
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, A., & Tejerina, M. (2004). *Psicología para las ciencias de la salud*. New Jersey: McGraw-Hill.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Garyson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(5), 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*, 391-403.

- Martín, G., Lucas, B., & Pulido, R. (2011). Diferencias de género en el afrontamiento en la adolescencia. *Brocar. Cuadernos de Investigación Histórica*, 35, 157-166.
- Matud, M., Caballeira, M., & López, M. (2001). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, vol. 25, núm. 2, abril, 2002, pp. 32-37
- Matud, M. P., & Bethencourt, J. (2000). Ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos en una muestra de amas de casa. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(1), 91-106.
- Muscatell, K. A., Slavich, G. M., Monroe, S. M., & Gotlib, I. (2009). Stressful life events, chronic difficulties, and the symptoms of clinical depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(3), 154-160.
- Obando, R. (2011). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- OMS (2012). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la presentan necesitan apoyo y tratamiento*. En Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
- Padilla, E. M., Fajardo, C. F., Gutiérrez, A., & Palma, D. (2007). Estrategias de afrontamiento de crisis causadas por desempleo en familias con hijos adolescentes en Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 127-141.
- Pineda, D. (2012). *Estrés parental y estilos de afrontamiento en padres de niños con trastornos del espectro autista* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Pillaca, H. (2013). *Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

- Pozo, C., Bretones, B., Martos, M.J., Alonso, E., & Cid, N. (2012). Repercussion of stress and social support on health/wellbeing in parents of children with cancer. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 93-101.
- Pozo, C., Hernández, S., Alonso, E., Cid, N., Martos, M. J., & Pérez, E. (Setiembre 2005). *Cumplimiento terapéutico en pacientes crónicos. Variables psicosociales implicadas*. IX Congreso Nacional de Psicología Social, La Coruña.
- Reynoso, L., Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Robinson, M. S., & Alloy, L.B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and research*, 27, 275-279.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Romero, S. (2009). *Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con bulimia nerviosa* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Romero, J. (2013). Psicología de la salud y calidad de vida o psicopatología y temor a enfermar. *Revista Liberabit*, 6, 53-59.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Revista de Salud Mental*, 1, 39-47.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*, Vol. 2. (pp. 4-48). Madrid: McGraw -Hill.
- Selye, H. (1950). *Stress*. Canada: Acta.INC. Medical Publisher.

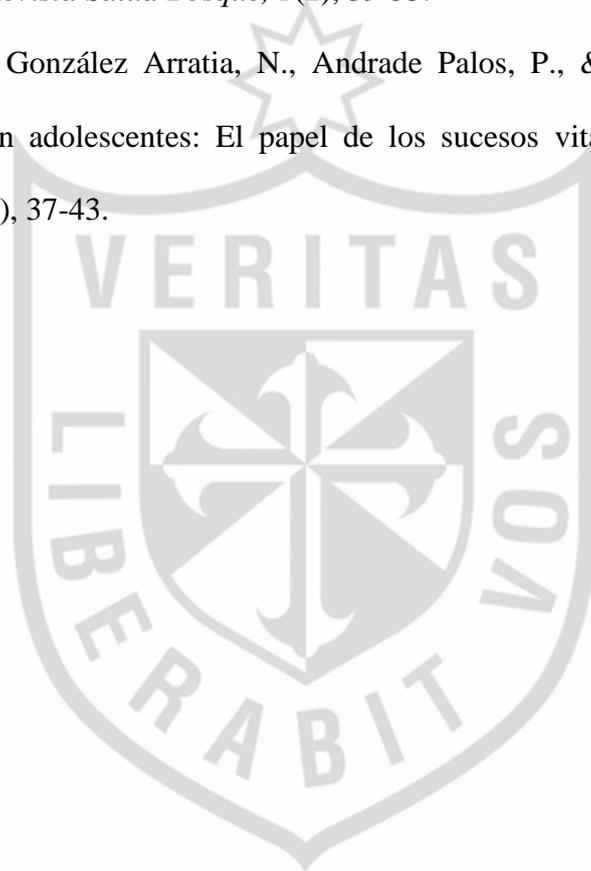
- Soto, R. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Ticona, B., Paucar, G., & Llerena, G. (2006). Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la facultad de enfermería - UNAS. *Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería*, 9(2). Recuperado de: www.revistaenfermeria.com.
- Ticona, B., Santos E., & Siqueira, A (2013). *Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia*. *Aquichan*, 15(1), 9-20. doi:10.5294/aqui.2015.15.1.2.
- Torrejón, C. (2011). *Ansiedad y afrontamiento en universitarios peruanos* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: Aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40 (Supl. 2), 8-19.
- Valdéz, N. (1999). *Estrés y recursos de afrontamiento en un grupo de adolescentes embarazadas* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Vallejo, R. (2002) *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* .5ta edición. Editorial Masson.
- Vásquez-Barquero, J. (2008). *Los trastornos depresivos*. Barcelona: Mason.
- Vázquez-Barquero F., & Torres A. (2005). Prevención del comienzo de la depresión Estado actual y desafíos futuros. *Boletín de Psicología*, 83, 21-44.

Vásquez, C., & Ring, J (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: Un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el Coping Inventory of Depression (CID). *Psicología Conductual*, 4(1), 9-28.

Vásquez, G. (2007). *Trastornos del estado de ánimo: Depresión y bipolaridad*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Vargas, P., Latorre, D., & Parra, S. (2011). Estresores psicosociales y depresión recurrente. *Revista Salud Bosque*, 1(2), 39-53.

Veytia López, M., González Arratia, N., Andrade Palos, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43.



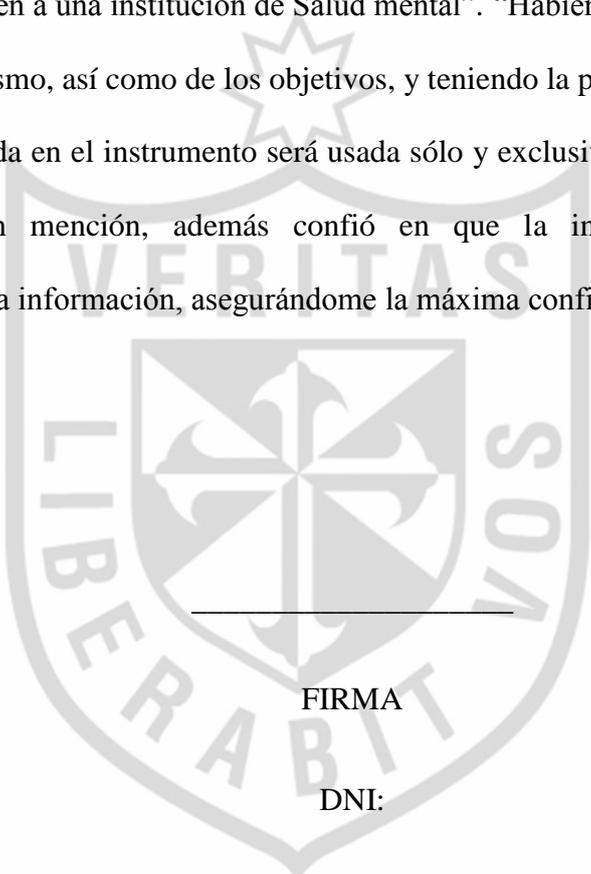


ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en el trabajo de investigación titulado: “Reacciones al Estrés y Estilos de Afrontamiento en pacientes depresivos que acuden a una institución de Salud mental”. “Habiendo sido informada(o) del propósito del mismo, así como de los objetivos, y teniendo la plena confianza de que la información vertida en el instrumento será usada sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigadora utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome la máxima confidencialidad”.



FIRMA

DNI:

ANEXO B

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

A continuación vas a encontrar una serie de preguntas, acerca de tu edad, grado de instrucción, estado civil, actividad laboral y estado de salud actual. Te pido que contestes de forma rápida, lo más sincero posible a las preguntas del presente cuestionario.

- Señala con una X, según el sexo que corresponda:

Sexo M () Femenino ()

- ¿Cuántos Años Tienes?-----

- ¿De qué distrito vienes?-----

- ¿Cuánto tiempo radicas en Lima?-----

- ¿Cuál es tu grado de instrucción?

Primaria Incompleta () Primaria Completa () Secundaria Incompleta ()

Superior Técnica () Superior Técnica Incompleta () Superior Incompleta ()

Superior Completa ()

- ¿Cuál es tu estado civil?

Soltero(a) () Casado(o) () Conviviente () Viudo(a)

- ¿Cuál es tu ocupación actual?

Sin Ocupación () Ocupación ()-----

- ¿Es la primera vez que acudes al Hospital?-----

- Antes has recibido tratamiento psiquiátrico?-----

- Antes has recibido Tratamiento psicológico?-----

ANEXO C

Inventario de Estrés Agudo

Recuerda una situación muy difícil que se te haya presentado en los últimos seis meses. Trata de recordar lo que has experimentado e indica las alternativas que describe tu reacción. Recuerda que no existen respuestas mejores ni peores, ni buenas ni malas, sino sólo diferentes maneras de actuar. No dejes ninguna pregunta sin marcar. Responde teniendo en cuenta tus propias conductas, y no pensando en lo que la mayoría de tus amigas o amigos diría o haría. Elige la que mejor describe tus reacciones, usando las siguientes alternativas:

- Nunca = 0
- Algunas veces = 1
- Casi siempre = 2
- Siempre. = 3

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Siento como si se formara un nudo en mi garganta.				
2. Me angustio con facilidad.				
3. No puedo controlar que venga a mi mente pensamientos perturbadores.				
4. Me siento insatisfecha.				
5. Siento que mi corazón late más de prisa.				
6. Vienen a mi mente una y otra vez, los mismos pensamientos tontos.				
7. Me da dolor de barriga.				
8. Siento sequedad en la boca.				
9. Me siento abatida o melancólica.				
10. Me altero con facilidad.				
11. Me frustro con facilidad.				
12. Siento mis manos sudorosas.				
13. Pierdo mi concentración y				

capacidad para hacer las cosas.				
14. Siento dolor en el cuello.				
15. Experimento cólera con facilidad.				
16. Tengo dificultades para respirar.				
17. No puedo tomar decisiones y me siento mal.				
18. Me despierto con frecuencia en las madrugadas.				
19. Tengo ganas de llorar.				
20. Me es difícil conciliar el sueño.				
21. Vuelve a mi mente lo peor y no puedo parar de pensar en eso.				
22. Siento miedo sin razón alguna.				
23. Tengo dificultades para disfrutar de las actividades, de las que antes disfrutaba.				
24. Siento que se me afloja el estómago o que mis intestinos se mueven.				
25. Siento que el mundo se me cae encima y que he perdido el control.				
26. Me siento más irritada que antes.				
27. Empiezo a imaginar cosas horribles que me perturban durante mucho tiempo.				
28. Me siento nerviosa.				
29. Siento temblor en brazos y piernas.				
30. Pienso en abandonar todo y salir corriendo.				
31. Siento cosquillas en el estómago.				
32. Me da dolor de cabeza.				
33. Me siento satisfecha con mi vida actual.				

ANEXO D

Inventario de Estilos de Afrontamiento - COPE

INSTRUCCIONES

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas.

Hay muchas maneras de manejar esas situaciones. Este cuestionario te pide indicar qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas este tipo de situaciones. Naturalmente, en diferentes situaciones reaccionas en forma diferente, pero piensa *qué es lo que habitualmente haces tú*.

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señala en cada una de ellas si coinciden o no con tu propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

NO IMPORTA LO QUE LA MAYORÍA DIRÍA O HARÍA. ELIGE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA PARA TI.

Qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema.				
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer.				
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema.				
4. Me fuerzo a mí mismo (a) a esperar el momento apropiado para hacer algo.				
5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron.				
6. Hablo de mis sentimientos con alguien.				
7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo.				
8. Aprendo a vivir con el problema.				
9. Busco la ayuda de Dios.				

10. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones.				
11. Me rehúso a creer que eso ha sucedido.				
12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero.				
13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante.				
14. Concentro mis esfuerzos en hacer algo respecto al problema.				
15. Hago un plan de acción.				
16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas.				
17. No hago nada hasta que la situación lo permita.				
18. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer.				
19. Busco el apoyo emocional de amigos o familiares.				
20. Trato de ver el problema en forma positiva.				
21. Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado.				
22. Deposito mi confianza en Dios.				
23. Libero mis emociones.				
24. Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente.				
25. Dejo de perseguir mis metas.				
26. Voy al cine o miro la TV, para pensar menos en el problema.				
27. Hago paso a paso lo que tiene que hacerse.				
28. Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema.				
29. Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema.				
30. Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto.				
31. Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema.				
32. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo.				
33. Aprendo algo de la experiencia.				
34. Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido.				
35. Trato de encontrar consuelo en mi religión.				
36. Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros.				

37. Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema.				
38. Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado.				
39. Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema.				
40. Actúo directamente para controlar el problema.				
41. Pienso en la mejor manera de controlar el problema.				
42. Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema.				
43. Me abstengo de hacer algo demasiado pronto.				
44. Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema.				
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien.				
46. Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia.				
47. Acepto que el problema ha sucedido.				
48. Rezo más de lo usual.				
49. Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema.				
50. Me digo a mí mismo: "Esto no es real".				
51. Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema.				
52. Duermo más de lo usual.				



ANEXO E

Pruebas de normalidad para las variables de estudio

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Reacciones cognitivas	,094	150	,003	,981	150	,032
Reacciones emocionales	,098	150	,001	,980	150	,025
Reacciones fisiológicas	,083	150	,012	,972	150	,003
Reacciones globales	,076	150	,036	,983	150	,056
P Activa	,151	150	,000	,968	150	,002
P Planificación	,118	150	,000	,969	150	,002
P Supresión	,131	150	,000	,969	150	,002
P Postergación	,159	150	,000	,948	150	,000
P Búsqueda instrumental	,110	150	,000	,968	150	,001
E Soporte emocional	,151	150	,000	,942	150	,000
E Reinterpretación	,105	150	,000	,967	150	,001
E Aceptación	,141	150	,000	,961	150	,000
E Religión	,150	150	,000	,922	150	,000
E Negación	,117	150	,000	,957	150	,000
O Liberación	,107	150	,000	,963	150	,000
O Desentendimiento conductual	,159	150	,000	,950	150	,000
O Desentendimiento mental	,100	150	,001	,972	150	,003

Prueba de normalidad para las variables de estudio según sexo

Mediciones	Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Reacciones cognitivas	Femenino	,102	109	,007	,982	109	,150
	Masculino	,117	41	,176	,972	41	,403
Reacciones emocionales	Femenino	,113	109	,001	,964	109	,005
	Masculino	,085	41	,200*	,985	41	,871
Reacciones fisiológicas	Femenino	,076	109	,142	,969	109	,012
	Masculino	,114	41	,200*	,959	41	,149
Reacciones globales	Femenino	,078	109	,100	,975	109	,035
	Masculino	,082	41	,200*	,979	41	,653
P Activa	Femenino	,142	109	,000	,968	109	,010
	Masculino	,177	41	,002	,939	41	,029
P Planificación	Femenino	,103	109	,006	,973	109	,024
	Masculino	,164	41	,007	,934	41	,020
P Supresión	Femenino	,129	109	,000	,973	109	,024
	Masculino	,134	41	,060	,950	41	,071

P Postergación	Femenino	,161	109	,000	,955	109	,001
	Masculino	,149	41	,023	,932	41	,017
P Búsqueda instrumental	Femenino	,125	109	,000	,969	109	,011
	Masculino	,163	41	,008	,954	41	,096
E Soporte emocional	Femenino	,135	109	,000	,938	109	,000
	Masculino	,193	41	,001	,925	41	,010
E Reinterpretación	Femenino	,113	109	,002	,962	109	,004
	Masculino	,099	41	,200*	,970	41	,335
E Aceptación	Femenino	,150	109	,000	,949	109	,000
	Masculino	,116	41	,178	,968	41	,305
E Religión	Femenino	,145	109	,000	,909	109	,000
	Masculino	,151	41	,020	,941	41	,035
E Negación	Femenino	,111	109	,002	,952	109	,001
	Masculino	,142	41	,037	,962	41	,179
O Liberación	Femenino	,102	109	,007	,967	109	,008
	Masculino	,133	41	,065	,950	41	,068
O Desentendimiento conductual	Femenino	,153	109	,000	,949	109	,000
	Masculino	,168	41	,005	,958	41	,129
O Desentendimiento mental	Femenino	,108	109	,003	,971	109	,017
	Masculino	,175	41	,003	,947	41	,055

Prueba de Normalidad para las variables de estudio según tipo de paciente

Medidas	Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Reacciones cognitivas	Nuevo	,072	82	,200*	,977	82	,143
	Continuador	,105	68	,059	,984	68	,521
Reacciones emocionales	Nuevo	,084	82	,200*	,976	82	,119
	continuador	,158	68	,000	,959	68	,026
Reacciones fisiológicas	Nuevo	,072	82	,200*	,968	82	,041
	continuador	,117	68	,021	,960	68	,029
Reacciones globales	Nuevo	,083	82	,200*	,978	82	,183
	continuador	,134	68	,004	,966	68	,063
P Activa	Nuevo	,127	82	,002	,967	82	,035
	continuador	,175	68	,000	,958	68	,022
P Planificación	Nuevo	,120	82	,005	,966	82	,028
	continuador	,113	68	,030	,971	68	,111
P Supresión	Nuevo	,120	82	,006	,972	82	,069
	continuador	,145	68	,001	,962	68	,038
P Postergación	Nuevo	,134	82	,001	,952	82	,004
	continuador	,181	68	,000	,941	68	,003
P Búsqueda instrumental	Nuevo	,124	82	,003	,967	82	,032
	continuador	,128	68	,008	,963	68	,040
E Soporte emocional	Nuevo	,148	82	,000	,934	82	,000
	continuador	,152	68	,000	,949	68	,007
E Reinterpretación	Nuevo	,085	82	,200*	,970	82	,051

	continuador	,125	68	,010	,957	68	,021
E Aceptación	Nuevo	,136	82	,001	,967	82	,032
	continuador	,179	68	,000	,940	68	,003
E Religión	Nuevo	,150	82	,000	,915	82	,000
	continuador	,147	68	,001	,924	68	,000
E Negación	Nuevo	,098	82	,048	,955	82	,006
	continuador	,157	68	,000	,950	68	,008
O Liberación	Nuevo	,114	82	,010	,961	82	,014
	continuador	,115	68	,027	,962	68	,039
O Desentendimiento conductual	Nuevo	,123	82	,004	,967	82	,032
	continuador	,204	68	,000	,912	68	,000
O Desentendimiento mental	Nuevo	,118	82	,007	,967	82	,035
	continuador	,110	68	,042	,971	68	,112

Prueba de Normalidad para las variables de estudio según rango de edad

Medidas	Grupos	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Reacciones cognitivas	Jóvenes	,118	53	,062	,964	53	,106
	Adultos Jóvenes	,093	56	,200*	,964	56	,090
	Adultos Intermedios	,134	23	,200*	,952	23	,315
	Adultos Mayores	,116	18	,200*	,934	18	,226
Reacciones emocionales	Jóvenes	,079	53	,200*	,981	53	,537
	Adultos Jóvenes	,113	56	,074	,955	56	,037
	Adultos Intermedios	,169	23	,088	,909	23	,038
	Adultos Mayores	,139	18	,200*	,946	18	,370
Reacciones fisiológicas	Jóvenes	,087	53	,200*	,979	53	,464
	Adultos Jóvenes	,149	56	,004	,949	56	,019
	Adultos Intermedios	,141	23	,200*	,943	23	,205
	Adultos Mayores	,173	18	,160	,843	18	,007
Reacciones globales	Jóvenes	,106	53	,196	,977	53	,378
	Adultos Jóvenes	,116	56	,056	,957	56	,046
	Adultos Intermedios	,134	23	,200*	,966	23	,603
	Adultos Mayores	,100	18	,200*	,968	18	,761
P Activa	Jóvenes	,167	53	,001	,959	53	,066
	Adultos Jóvenes	,116	56	,057	,976	56	,318
	Adultos Intermedios	,218	23	,006	,875	23	,008
	Adultos Mayores	,218	18	,024	,913	18	,096
P Planificación	Jóvenes	,133	53	,020	,951	53	,031
	Adultos Jóvenes	,140	56	,008	,929	56	,003

	Adultos Intermedios	,177	23	,059	,953	23	,342
	Adultos Mayores	,192	18	,078	,905	18	,071
P Supresión	Jóvenes	,107	53	,187	,967	53	,149
	Adultos Jóvenes	,211	56	,000	,930	56	,003
	Adultos Intermedios	,166	23	,098	,943	23	,209
	Adultos Mayores	,212	18	,032	,928	18	,182
P Postergación	Jóvenes	,190	53	,000	,910	53	,001
	Adultos Jóvenes	,110	56	,087	,951	56	,023
	Adultos Intermedios	,203	23	,015	,916	23	,055
	Adultos Mayores	,247	18	,005	,865	18	,015
P Búsqueda instrumental	Jóvenes	,135	53	,017	,951	53	,031
	Adultos Jóvenes	,149	56	,003	,943	56	,010
	Adultos Intermedios	,236	23	,002	,905	23	,032
	Adultos Mayores	,170	18	,184	,946	18	,370
E Soporte emocional	Jóvenes	,160	53	,002	,931	53	,005
	Adultos Jóvenes	,208	56	,000	,913	56	,001
	Adultos Intermedios	,144	23	,200*	,904	23	,030
	Adultos Mayores	,151	18	,200*	,918	18	,121
E Reinterpretación	Jóvenes	,137	53	,014	,953	53	,037
	Adultos Jóvenes	,142	56	,007	,953	56	,029
	Adultos Intermedios	,200	23	,018	,898	23	,023
	Adultos Mayores	,163	18	,200*	,963	18	,656
E Aceptación	Jóvenes	,181	53	,000	,953	53	,035
	Adultos Jóvenes	,136	56	,012	,956	56	,040
	Adultos Intermedios	,147	23	,200*	,946	23	,237
	Adultos Mayores	,231	18	,012	,891	18	,041
E Religión	Jóvenes	,193	53	,000	,892	53	,000
	Adultos Jóvenes	,124	56	,032	,918	56	,001
	Adultos Intermedios	,167	23	,098	,879	23	,009
	Adultos Mayores	,266	18	,002	,810	18	,002
E Negación	Jóvenes	,138	53	,013	,958	53	,062
	Adultos Jóvenes	,112	56	,076	,938	56	,007
	Adultos Intermedios	,167	23	,096	,951	23	,310
	Adultos Mayores	,261	18	,002	,857	18	,011

O Liberación	Jóvenes	,156	53	,002	,931	53	,004
	Adultos Jóvenes	,115	56	,063	,964	56	,090
	Adultos Intermedios	,167	23	,097	,926	23	,090
	Adultos Mayores	,169	18	,185	,910	18	,087
O Desentendimiento conductual	Jóvenes	,203	53	,000	,945	53	,016
	Adultos Jóvenes	,156	56	,002	,928	56	,002
	Adultos Intermedios	,196	23	,022	,865	23	,005
	Adultos Mayores	,166	18	,200*	,942	18	,313
O Desentendimiento mental	Jóvenes	,097	53	,200*	,972	53	,248
	Adultos Jóvenes	,119	56	,047	,964	56	,093
	Adultos Intermedios	,137	23	,200*	,971	23	,714
	Adultos Mayores	,278	18	,001	,849	18	,008

Prueba de Normalidad para las variables de estudio según ocupación

Medidas	Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Reacciones cognitivas	empleado	,100	47	,200*	,962	47	,127
	Independiente	,192	25	,018	,950	25	,249
	su casa	,152	15	,200*	,944	15	,439
	estudiante	,188	36	,002	,955	36	,147
	sin ocupación	,087	27	,200*	,971	27	,632
Reacciones emocionales	empleado	,155	47	,006	,955	47	,068
	Independiente	,106	25	,200*	,969	25	,629
	su casa	,210	15	,074	,875	15	,040
	estudiante	,110	36	,200*	,969	36	,402
	sin ocupación	,109	27	,200*	,948	27	,196
Reacciones fisiológicas	empleado	,098	47	,200*	,944	47	,026
	Independiente	,146	25	,176	,934	25	,108
	su casa	,150	15	,200*	,914	15	,155
	estudiante	,177	36	,006	,940	36	,049
	sin ocupación	,093	27	,200*	,967	27	,513
Reacciones globales	empleado	,134	47	,034	,941	47	,020
	Independiente	,110	25	,200*	,958	25	,378
	su casa	,132	15	,200*	,953	15	,579
	estudiante	,092	36	,200*	,980	36	,738
	sin ocupación	,089	27	,200*	,970	27	,606
P Activa	empleado	,171	47	,001	,941	47	,019
	Independiente	,196	25	,014	,913	25	,036
	su casa	,144	15	,200*	,927	15	,244

	estudiante	,165	36	,014	,942	36	,060
	sin ocupación	,204	27	,005	,952	27	,238
P Planificación	empleado	,131	47	,043	,957	47	,080
	Independiente	,151	25	,146	,946	25	,201
	su casa	,252	15	,011	,860	15	,024
	estudiante	,158	36	,024	,959	36	,205
	sin ocupación	,156	27	,092	,929	27	,066
P Supresión	empleado	,188	47	,000	,934	47	,011
	Independiente	,172	25	,053	,953	25	,300
	su casa	,227	15	,037	,901	15	,098
	estudiante	,229	36	,000	,886	36	,001
	sin ocupación	,219	27	,002	,843	27	,001
P Postergación	empleado	,149	47	,010	,940	47	,018
	Independiente	,222	25	,003	,878	25	,006
	su casa	,212	15	,068	,921	15	,201
	estudiante	,192	36	,002	,903	36	,004
	sin ocupación	,191	27	,013	,939	27	,118
P Búsqueda instrumental	empleado	,097	47	,200*	,973	47	,347
	Independiente	,141	25	,200*	,931	25	,092
	su casa	,200	15	,111	,874	15	,038
	estudiante	,228	36	,000	,893	36	,002
	sin ocupación	,157	27	,087	,963	27	,432
E Soporte emocional	empleado	,129	47	,050	,958	47	,086
	Independiente	,179	25	,037	,872	25	,005
	su casa	,187	15	,169	,855	15	,021
	estudiante	,205	36	,001	,922	36	,015
	sin ocupación	,130	27	,200*	,964	27	,463
E Reinterpretación	empleado	,130	47	,044	,933	47	,009
	Independiente	,169	25	,064	,919	25	,047
	su casa	,135	15	,200*	,972	15	,886
	estudiante	,196	36	,001	,897	36	,003
	sin ocupación	,130	27	,200*	,953	27	,251
E Aceptación	empleado	,130	47	,044	,961	47	,117
	Independiente	,148	25	,168	,922	25	,057
	su casa	,199	15	,113	,881	15	,049
	estudiante	,219	36	,000	,866	36	,000
	sin ocupación	,196	27	,009	,933	27	,083
E Religión	empleado	,113	47	,168	,944	47	,025
	Independiente	,131	25	,200*	,912	25	,034
	su casa	,297	15	,001	,789	15	,003
	estudiante	,244	36	,000	,873	36	,001
	sin ocupación	,189	27	,015	,884	27	,006
E Negación	empleado	,121	47	,084	,943	47	,022

	Independiente	,137	25	,200*	,948	25	,227
	su casa	,119	15	,200*	,956	15	,629
	estudiante	,211	36	,000	,924	36	,017
	sin ocupación	,132	27	,200*	,923	27	,048
O Liberación	empleado	,157	47	,006	,944	47	,025
	Independiente	,186	25	,025	,943	25	,176
	su casa	,200	15	,108	,906	15	,118
	estudiante	,115	36	,200*	,950	36	,108
	sin ocupación	,199	27	,008	,931	27	,074
O Desentendimiento conductual	empleado	,148	47	,012	,926	47	,006
	Independiente	,219	25	,003	,849	25	,002
	su casa	,206	15	,085	,893	15	,075
	estudiante	,256	36	,000	,920	36	,013
	sin ocupación	,194	27	,010	,945	27	,164
O Desentendimiento mental	empleado	,101	47	,200*	,967	47	,201
	Independiente	,131	25	,200*	,972	25	,687
	su casa	,226	15	,038	,904	15	,108
	estudiante	,147	36	,046	,951	36	,109
	sin ocupación	,123	27	,200*	,940	27	,124



ANEXO F

Comparaciones Múltiples Prueba de Tukey para las escalas del COPE según rango de edad

Variable dependiente	(I) Etapas_Edad	(J) Etapas_Edad	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
P Búsqueda instrumental	Jóvenes	Adultos Jóvenes	1,109	,579	,226
		Adultos Intermedios	-,397	,755	,953
		Adultos Mayores	-,518	,825	,923
	Adultos Jóvenes	Jóvenes	-1,109	,579	,226
		Adultos Intermedios	-1,506	,749	,188
		Adultos Mayores	-1,627	,819	,198
	Adultos Intermedios	Jóvenes	,397	,755	,953
		Adultos Jóvenes	1,506	,749	,188
		Adultos Mayores	-,121	,951	,999
	Adultos Mayores	Jóvenes	,518	,825	,923
		Adultos Jóvenes	1,627	,819	,198
		Adultos Intermedios	,121	,951	,999
E Soporte emocional	Jóvenes	Adultos Jóvenes	,571	,643	,811
		Adultos Intermedios	-1,340	,837	,382
		Adultos Mayores	-2,229	,915	,075
	Adultos Jóvenes	Jóvenes	-,571	,643	,811
		Adultos Intermedios	-1,911	,831	,103
		Adultos Mayores	-2,800*	,909	,013
	Adultos Intermedios	Jóvenes	1,340	,837	,382
		Adultos Jóvenes	1,911	,831	,103
		Adultos Mayores	-,889	1,055	,834
	Adultos Mayores	Jóvenes	2,229	,915	,075
		Adultos Jóvenes	2,800*	,909	,013
		Adultos Intermedios	,889	1,055	,834
E Religión	Jóvenes	Adultos Jóvenes	-2,256*	,691	,007
		Adultos Intermedios	-4,148*	,900	,000
		Adultos Mayores	-4,786*	,984	,000
	Adultos Jóvenes	Jóvenes	2,256*	,691	,007
		Adultos Intermedios	-1,892	,893	,152
		Adultos Mayores	-2,530	,977	,051
	Adultos Intermedios	Jóvenes	4,148*	,900	,000
		Adultos Jóvenes	1,892	,893	,152
		Adultos Mayores	-,638	1,135	,943
	Adultos Mayores	Jóvenes	4,786*	,984	,000
		Adultos Jóvenes	2,530	,977	,051
		Adultos Intermedios	,638	1,135	,943

ANEXO G

Prueba de Bonferroni para el componente de Respuesta Emocional según ocupación

(I) Ocupación	(J) Ocupación	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
empleado	Independiente	-2,139	1,780	1,000
	su casa	-6,179*	2,133	,043
	estudiante	-,118	1,593	1,000
	sin ocupación	-3,238	1,737	,643
Independiente	empleado	2,139	1,780	1,000
	su casa	-4,040	2,349	,875
	estudiante	2,021	1,872	1,000
	sin ocupación	-1,099	1,996	1,000
su casa	empleado	6,179*	2,133	,043
	Independiente	4,040	2,349	,875
	estudiante	6,061	2,210	,069
	sin ocupación	2,941	2,316	1,000
estudiante	empleado	,118	1,593	1,000
	Independiente	-2,021	1,872	1,000
	su casa	-6,061	2,210	,069
	sin ocupación	-3,120	1,831	,904
sin ocupación	empleado	3,238	1,737	,643
	Independiente	1,099	1,996	1,000
	su casa	-2,941	2,316	1,000
	estudiante	3,120	1,831	,904

ANEXO H

Prueba de Tukey para las escalas del COPE según ocupación

Variable dependiente	(I) Ocupación	(J) Ocupación	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
P Supresión	empleado	Independiente	-,457	,626	,949
		su casa	-1,017	,750	,657
		estudiante	-1,895*	,560	,008
		sin ocupación	-,247	,611	,994
	Independiente	Empleado	,457	,626	,949
		su casa	-,560	,826	,961
		estudiante	-1,438	,658	,192
		sin ocupación	,210	,702	,998
	su casa	empleado	1,017	,750	,657
		Independiente	,560	,826	,961
		estudiante	-,878	,777	,791
		sin ocupación	,770	,814	,878
	estudiante	empleado	1,895*	,560	,008
		Independiente	1,438	,658	,192
		su casa	,878	,777	,791
		sin ocupación	1,648	,644	,083
	sin ocupación	empleado	,247	,611	,994
		Independiente	-,210	,702	,998
		su casa	-,770	,814	,878
		estudiante	-1,648	,644	,083
E Reinterpretación	empleado	Independiente	1,344	,750	,383
		su casa	1,064	,899	,761
		estudiante	1,842	,671	,053
		sin ocupación	1,990	,732	,056
	Independiente	empleado	-1,344	,750	,383
		su casa	-,280	,990	,999
		estudiante	,498	,789	,970
		sin ocupación	,646	,841	,939
	su casa	empleado	-1,064	,899	,761
		Independiente	,280	,990	,999
		estudiante	,778	,931	,919
		sin ocupación	,926	,976	,877
	estudiante	empleado	-1,842	,671	,053
		Independiente	-,498	,789	,970
		su casa	-,778	,931	,919
		sin ocupación	,148	,772	1,000
	sin ocupación	empleado	-1,990	,732	,056

		Independiente	-,646	,841	,939
		su casa	-,926	,976	,877
		estudiante	-,148	,772	1,000
E Aceptación	empleado	Independiente	-,694	,678	,845
		su casa	-1,227	,813	,558
		estudiante	-,033	,607	1,000
		sin ocupación	1,329	,662	,267
	Independiente	empleado	,694	,678	,845
		su casa	-,533	,895	,976
		estudiante	,661	,713	,886
		sin ocupación	2,022	,761	,065
	su casa	empleado	1,227	,813	,558
		Independiente	,533	,895	,976
		estudiante	1,194	,842	,617
		sin ocupación	2,556*	,882	,035
	estudiante	empleado	,033	,607	1,000
		Independiente	-,661	,713	,886
		su casa	-1,194	,842	,617
		sin ocupación	1,361	,698	,295
	sin ocupación	empleado	-1,329	,662	,267
		Independiente	-2,022	,761	,065
		su casa	-2,556*	,882	,035
		estudiante	-1,361	,698	,295
E Religión	empleado	Independiente	-1,616	,883	,361
		su casa	-2,736	1,058	,078
		estudiante	2,119	,790	,062
		sin ocupación	2,768*	,862	,014
	Independiente	empleado	1,616	,883	,361
		su casa	-1,120	1,165	,872
		estudiante	3,736*	,929	,001
		sin ocupación	4,384*	,990	,000
	su casa	empleado	2,736	1,058	,078
		Independiente	1,120	1,165	,872
		estudiante	4,856*	1,097	,000
		sin ocupación	5,504*	1,149	,000
	estudiante	empleado	-2,119	,790	,062
		Independiente	-3,736*	,929	,001
		su casa	-4,856*	1,097	,000
		sin ocupación	,648	,908	,953
	sin ocupación	empleado	-2,768*	,862	,014
		Independiente	-4,384*	,990	,000
		su casa	-5,504*	1,149	,000
		estudiante	-,648	,908	,953

O Desentendimiento conductual	empleado	Independiente	,273	,564	,989
		su casa	-,780	,676	,777
		estudiante	-,336	,505	,963
		sin ocupación	-1,595*	,550	,035
	Independiente	empleado	-,273	,564	,989
		su casa	-1,053	,744	,619
		estudiante	-,609	,593	,843
		sin ocupación	-1,868*	,632	,030
	su casa	empleado	,780	,676	,777
		Independiente	1,053	,744	,619
		estudiante	,444	,700	,969
		sin ocupación	-,815	,734	,801
	estudiante	empleado	,336	,505	,963
		Independiente	,609	,593	,843
		su casa	-,444	,700	,969
		sin ocupación	-1,259	,580	,197
	sin ocupación	empleado	1,595*	,550	,035
		Independiente	1,868*	,632	,030
		su casa	,815	,734	,801
		estudiante	1,259	,580	,197

