



FACULTAD DE DERECHO Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

**ESTRATEGIA AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS Y
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE SE
ATIENDEN EN EL PUESTO DE SALUD SANTA ANA
DEL DISTRITO DE JLO, 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Autora:

Bach. Ordoñez De Los Ríos, Rosa Elizabeth.

ID ORCID: 0000-0002-2858-4234

Asesor:

Dr. Abanto Vélez, Walter Iván.

ID ORCID:0000-0003-2110-7547

Línea de Investigación:

Comunicación y Desarrollo Humano.

Pimentel – Perú

2021

**ESTRATEGIA AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL PUESTO DE SALUD SANTA ANA DEL
DISTRITO DE JLO, 2017.**

Aprobación de la Tesis

Ordoñez De Los Ríos Rosa Elizabeth

Autora

Dr. Walter Iván Abanto Vélez

Asesor metodológico

Mg. Prada Chapoñan Rony Edinson

Presidente del jurado de tesis

Mg. Olazábal Boggio Roberto Dante

Secretario del jurado de tesis

Mg. Cornelia Asenjo Zapata

Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

*A mis padres Luz Angélica y Santos Samuel,
hasta el cielo, por su amor y confianza
siempre.*

*A mis hermanos Maritza, Patty,
Richard, Karina y Juan Genaro; y a
mis adorados sobrinos por su apoyo
incondicional todo el tiempo.*

*A mis profesores y compañeros de trabajo,
por su ayuda siempre.*

*A mis grandes amigas, de ayer, hoy y
siempre, que me ayudaron en todo
momento.*

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme la oportunidad de realizar esta investigación para el bienestar de los adultos mayores. A mis padres y formadores académicos.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre Estrategia Afrontamiento de estrés y depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de J LOz, 2017. Es de naturaleza cuantitativa ,diseño no experimental - transaccional y de tipo descriptivo correlacional; contó con una muestra finita, y muestreo de tipo no probabilístico por criterio constituido por 80 adultos mayores, a quienes se les administró el «Cuestionario de afrontamiento del estrés» de Sadin y Chorot (2002), y el «Inventario de depresión de Beck» de Beck (1961). Se concluye que hay relación significativa entre las dimensiones, Focalización en la solución del problema, Autofocalización negativa, Expresión emocional abierta de la variable 'estrategia de afrontamiento del estrés y depresión' ($p < 0,05$). Por otro lado, no se encontró relación significativa entre las dimensiones, Reevaluación positiva, Evitación, Búsqueda de apoyo social y Religión, de la variable estrategia de afrontamiento al estrés y depresión ($p > 0,05$).

Palabras clave: Afrontamiento, estrés, adulto mayor, depresión.

ABSTRACT

The aim of this research was to determine the relationship between strategies for Coping with Stress and depression in elderly people who are treated at Santa Ana Health Post, JLO district, 2017. Quantitative research and non-experimental design - descriptive correlational, had a finite sample, with a sampling of non-probabilistic type by criterion consisting of 80 older adults to who was administered «The Coping Strategies Questionnaire» by Bonifacio Sandín & Paloma Chorot (2002), and «Beck Depression Inventory» by Aaron Beck (1961). It is concluded that there is a significant relationship between the dimensions: problem-solving coping, negative auto-focused coping, overt emotional expression over the variable strategy of coping stress and depression ($p < 0.05$). On the other hand, no significant relationship was found between the dimensions of positive reappraisal, avoidance coping, social support seeking, and religious coping from the variable strategy of coping with stress and depression ($p > 0.05$).

Keywords: coping, stress, elderly people, depression

ÍNDICE

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ÍNDICE DE TABLAS	VII
INTRODUCCIÓN	X
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1. Situación problemática	13
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Delimitación de la investigación	15
1.4. Justificación e importancia	16
1.5. Limitaciones de la investigación	17
1.6. Objetivos	17
1.6.1. Objetivo general	17
1.6.2. Objetivos específicos	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes de estudio	20
2.1.1. A nivel internacional	20
2.1.2. A nivel nacional	21
2.1.3. A nivel local	23
2.2. Bases teóricas científicas	23
2.2.1. Afrontamiento de estrés	23
2.2.2. Depresión	30
2.3. Definición de términos básicos	34
2.3.1. Afrontamiento de estrés	34
2.3.2. Depresión	35
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	36
3.1. Tipo y diseño de la investigación	37
3.1.1. Tipo de investigación	37
3.1.2. Diseño de la investigación	37
3.2. Población y muestra	37
3.2.1 Población	37
3.2.2 Muestra	38
3.2.3 Muestreo	38
3.3. Hipótesis	38
3.3.1. Hipótesis general	38
3.3.2. Hipótesis específicas	39
3.4. Variables	42
3.5. Operacionalización	42

3.6. Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.6.1. Abordaje Metodológico	44
3.6.2. Técnicas de Recolección de datos	44
3.6.3. Instrumentos de recolección de datos	44
3.7. Procedimientos para la recolección de datos	47
3.8. Análisis estadístico e interpretación de datos	47
3.9. Criterios éticos	48
3.10. Criterios de rigor científico	48
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	50
4.1. Resultados en tablas y gráficos	51
4.2. Discusión de resultados	57
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
5.1. Conclusiones	65
5.2. Recomendaciones	66
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	72
ANEXO I	73
- CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS	73
ANEXO II	77
- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	77
ANEXO III	83
- AUTORIZACIÓN	83
ANEXO IV	84
- CONSENTIMIENTO INFORMADO	84

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS

Tabla 1	Relación entre estrategia Afrontamiento de estrés y depresión.	52
Tabla 2	Relación entre estrategia Afrontamiento de focalización en la solución de problemas y depresión.	53
Tabla 3	Relación entre estrategia Afrontamiento de autofocalización negativa y depresión.	53
Tabla 4	Relación entre estrategia Afrontamiento de reevaluación positiva y depresión.	54
Tabla 5	Relación entre estrategia Afrontamiento de expresión emocional abierta y depresión	54
Tabla 6	Relación entre estrategia de Afrontamiento evitación y depresión.	55
Tabla 7	Relación entre la estrategia Afrontamiento de búsqueda de apoyo social y depresión.	56
Tabla 8	Relación entre estrategia Afrontamiento de religión y depresión.	56

INTRODUCCIÓN

La investigación nace con la finalidad de precisar la relación entre estrategia Afrontamiento de Estrés y Depresión en adultos mayores que se atienden en el Puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017. Las personas mayores que formaron parte del estudio, son usuarios de los servicios de salud al que la investigadora tuvo acceso pues trabaja en el referido establecimiento. A partir de ello, surgió la iniciativa de conocer el funcionamiento de estas variables psicológicas en esta particular etapa del ciclo vital, toda vez que, "...en la senectud, las personas ven decrecer sus fortalezas emocionales y cognitivas que utilizaban naturalmente en la juventud, resultándoles incómodo resolver eventos desfavorables que acontecen cuando el decaimiento físico y la morbilidad empieza aparecer; también aparece el dolor de la muerte de su compañero(a) de vida y en algunos casos ya no pueden movilizarse solos y empiezan a presentar algún tipo de discapacidad física , etc.", (Martin et al., 2008).

El desarrollo del presente trabajo, respetó las pautas inherentes al método científico y estuvo orientado a consolidar información relevante sobre las características psicológicas propias de las tácticas de afrontamiento del estrés y la depresión, para que puedan ser incorporadas en los planes de atención ambulatoria y comunitaria en el campo geriátrico psicológico y contribuir así a una ancianidad plena y feliz .

En ese sentido, se detalla a continuación la distribución del estudio, respetando las consideraciones metodológicas, teóricas y estadísticas que la rigurosidad científica exige.

En el **Capítulo I** se puede apreciar la situación del problema, la pregunta de investigación, el área geográfica o delimitación de la investigación, justificación e importancia; así como los inconvenientes y finalidad de la investigación.

El **Capítulo II** describe el marco teórico, los antecedentes de estudio y las bases teóricas que posibilitan el conocimiento detallado de las variables analizadas y la comprensión integral de su naturaleza .

El **Capítulo III**, contiene la pormenorización del marco metodológico, exponiendo el diseño de investigación empleado, el grupo poblacional, la operacionalización de las variables, el método, las técnicas e instrumentos utilizados, la recopilación de datos, el estudio estadístico y, por último, los valores éticos y científicos que darán mayor realce a la investigación.

En el **Capítulo IV**, se encuentran los resultados arribados en la investigación, mismos que se puntualizan a nivel estadístico y de significancia psicológica – cualitativa en el apartado interpretativo; Del mismo modo, aparece la correspondiente discusión de resultados que, hace constar, la relevancia científica comparativa de este informe científico.

Posteriormente **Capítulo V** detalla las conclusiones y recomendaciones que se desprenden del análisis de los datos y finalmente, en el **Capítulo VI** se encuentran las citas bibliográficas consultadas y los anexos que son fuentes verificables del desarrollo del presente trabajo.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación Problemática

El envejecimiento es el proceso vital con mayor trascendencia en el mundo, tanto desde una perspectiva demográfica o desde un tratamiento social y económica. Es así que la Organización de las Naciones Unidas proyecta que dentro los próximos 10 años la población de adultos mayores representará el 13,7% de los habitantes en el mundo, así mismo, se espera que para el 2025 la población de 60 años incremente en un 40% en toda Europa y, en el Perú, se estima que, para este mismo año, la población de adultos mayores crezca a un 12,4% de la totalidad de pobladores.

En ese sentido, se aprecia que los adultos mayores comprenden gran parte de nuestra sociedad con tendencia a incrementar y a demandar servicios de salud que deben estar a la altura de sus necesidades. La senectud, al ser una etapa inexorable en la vida de los seres humanos, aumenta el riesgo para la presencia de problemas psicológicos y sociales diversos; estos pueden estar asociados al propio proceso de envejecimiento y a las necesidades psicosociales, económicas, entre otras.

Según la Organización mundial de la Salud (OMS, 2003) se puede considerar a una persona adulto mayor a partir de los 60 años de edad, así mismo , menciona que es en esta etapa donde el individuo se encuentra afrontando una situación de pobreza, acompañada de la desatención de las necesidades propias de su edad, en consecuencia el adulto mayor testimonia el detrimento de su calidad de vida.

El estrés supone una amenaza para la supervivencia, una situación que desborda las posibilidades de respuesta de las personas y cumple los siguientes

puntos: se instala como algo nuevo, aparece de forma imprevista, produciendo una falta de control, constituyendo una amenaza para nuestra personalidad o ego. Por otro lado, es un desacierto decir que los adultos mayores no sufren de estrés. su cerebro es más vulnerable por el proceso de envejecimiento. En el 2020 la depresión vinculada a casos crónicos de estrés se reportará como el segundo motivo de incapacidad en el mundo. (Lupien, 2011).

Así mismo, en función a las pesquisas realizadas, se pudo detectar que la depresión constituye un problema de salud muy común en la sociedad. Según las estadísticas, de cada diez personas, una sufre depresión. En las áreas urbanas, aumenta, a tres, por cada diez.

El Ministerio de Salud en el Perú (MINSA, 2017) de la región de Lambayeque, puntualmente en el puesto de salud Santa Ana del distrito de José Leonardo Ortiz ,reporta un índice de igualdad de trastornos estresantes y depresivos en adultos mayores. De un total de 61 pacientes atendidos, el 4 % sufre de ambos trastornos.

Para la OMS (2003) , la depresión y el estrés constituyen el primer motivo de morbilidad en la senectud. A nivel mundial, el 58 % de la sociedad padece estrés; los adultos jóvenes, por asuntos laborales y, los mayores, porque sus familiares no los aprecian como antes o por que han perdido la vitalidad de la juventud, lamentando la jubilación o pérdida de su trabajo. De acuerdo con el reporte de OMS, los adultos mayoren sufren estrés en un porcentaje que oscila entre 5% y 8%.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018) reporta que, en la década de los 50, la pirámide poblacional de los peruanos estaba conformada por niños (varones y mujeres); pues, de 100 habitantes, 42 pertenecían al grupo de menores de quince años de edad. En la actualidad, los que tienen menos de 15 años, son 27 por cada 100. La población peruana está envejeciendo en forma progresiva, tal es así que se ha incrementado de, 5,7 % en 1950, a 10,4 %, en el año 2018.

En los tres primeros meses del año 2018, el 42,2 % de las familias en el Perú, tenía entre sus integrantes, al menos, una persona que califica como adulto mayor. En la gran mayoría de domicilios de la capital del Perú, 43.8% de los hogares contaba con alguna persona de la tercera edad. Las familias rurales, en un 41,6 %, cuentan, entre sus integrantes, a una persona de 60 años a más. Con diferencia, en el ámbito urbano, el 41,4 %, convive con una persona adulta mayor.

Frente a las premisas surge la precisión de investigar la relación entre estrategia Afrontamiento de estrés y depresión en adultos mayores que se atienden en el mencionado Establecimiento de salud.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre estrategia Afrontamiento de estrés y depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017?

1.3. Delimitación de la investigación

Se realizó en el puesto de salud Santa Ana, distrito de José Leonardo Ortiz, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque, república del Perú.

1.4. Justificación e importancia

Analizar la relación entre estrategias afrontamiento de Estrés y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de José Leonardo Ortiz, resulta socialmente conveniente, es decir, nos presenta información científica de los adultos mayores usuarios del ámbito geográfico de influencia del servicio de salud y constituye una respuesta verificable para adaptar los programas asistenciales, de acompañamiento y recuperación de los adultos mayores, a la singularidad de sus posibilidades.

Por otro lado, es un paso importante para visibilizar estudios en este grupo poblacional que viene incrementando y demanda mayor atención y comprensión de sus características psicológicas desde las ciencias del comportamiento. Los resultados ayudarán a profesionalizar objetivamente los servicios y serán una referencia para posteriores investigaciones contingentes a los problemas propios del envejecimiento; por lo tanto, se considera que esta investigación es social y académicamente relevante.

Las implicaciones prácticas que contiene la presente exploración científica están relacionadas al abordaje institucional (puesto de salud), en lo referido a los programas de intervención grupal e individual de la prestación en salud mental de los adultos mayores usuarios. Asimismo, los resultados permitirán reflexionar sobre un modelo multidisciplinario de atención, que incorpore a los demás profesionales médicos y asistenciales que también atienden a los adultos mayores en los distintos padecimientos físicos.

La justificación teórica de la tesis, estriba en el aporte de información que nutre las tendencias de los psicólogos que aseveran que, mejorar las estrategias de afrontamiento, ayuda a descender los niveles de depresión y asegura un incremento de la salud mental en adultos mayores. También constituye un aporte para la reflexión teórico-práctica respecto a estudios de salud mental en la senectud, grupo poblacional con escasa pesquisa y análisis teórico en el País.

1.5. Limitaciones de la investigación

La jurisdicción o zona referencial donde se encuentra ubicado el puesto de salud es considerada un punto crítico de delincuencia drogadicción y pobreza , lo que genera temor en las personas adultas para salir de sus domicilios. Otra limitación fue la escasa información sobre investigaciones con adultos mayores en el ámbito local.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Determinar la relación entre Estrategia afrontamiento de estrés y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

1.6.2. Objetivos específicos

- Conocer la relación entre la estrategia de Focalización en la solución del problema y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017
- Determinar la relación entre Estrategia de Autofocalización negativa y

Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

- Establecer la relación entre la estrategia Reevaluación positiva y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

- Conocer la relación entre la estrategia Expresión emocional abierta y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

- Determinar la relación entre la estrategia Evitación y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de J LO, 2017.

- Establecer la relación entre la estrategia Búsqueda de apoyo social y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

- Conocer la relación entre la estrategia Religión y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1. INTERNACIONAL

Mayordomo et al. (2015), investigaron las estrategias de afrontamiento asociadas a condiciones demográficas y sociales en 275 participantes adultos mayores. Para ese propósito, aplicaron la Encuesta de datos sociodemográficos y el Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE), demostrando así la relación significativa y positiva entre Edad y Religión , también testimonian diferencias en las condiciones de nivel económico, grado de instrucción, estado civil y género. Es decir, las mujeres, recurren a la práctica de la búsqueda de apoyo social, religión y evitación; aquellos adultos mayores que tienen escasa educación, implementan con mayor frecuencia, la evitación y autofocalización negativa y, por último, hallaron que quienes poseen mayor capital financiero, predominantemente, utilizan la focalización en la solución de problemas; mientras que, quienes tienen menores recursos, principalmente, recurren a la estrategia de religión.

Stefani et al. (2011) se ocuparon de las diferencias en la salud mental entre adultos mayores integrados a sus familias y adultos mayores internados en casas de residencia geriátrica. Para ello, contaron con la participación de 300 ancianos, a razón de 150 por cada grupo; aplicándoles el Cuestionario de afrontamiento de estrés (CAE). Los resultados, signaron diferencias significativas entre ambas condiciones de residencia, concretamente, quienes viven en sus domicilios, asocian el estrés con la exclusión laboral y estado civil; mientras que, aquellos que viven en residencias geriátricas, creen que el estrés está influenciado por la participación social.

Irarrázaval (2012) se abocó a determinar los síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios de la facultad de Medicina de la universidad de Chile. Utilizando el Inventario de depresión de Beck BDI-II y, el Inventario de ansiedad de Beck BAI. El tratamiento científico de los datos, reveló que los estudiantes poseen niveles altos de ansiedad y depresión, así , se evidencia una tendencia hacia el desarrollo del síndrome ansioso-depresivo, esto último, principalmente, en las personas de sexo femenino que transitan el tercer año académico.

2.1.2. NACIONAL

Acosta (2011) Exploró la relación entre Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores pertenecientes a la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores. Este trabajo transversal – descriptivo, se valió de entrevistas preestablecidas, la aplicación del Cuestionario de estrés percibido PSQ y también, de la administración del Perfil de Afrontamiento. Los resultados demostraron que los evaluados se sitúan en un nivel medio con respecto al estrés, presentando una gran tendencia al estándar alto y; a nivel de estrategias de afrontamiento, se identificó a las conductuales, afectivas y cognitivas como las más utilizadas.

De la Rosa et al. (2015), compararon los niveles de estrés y formas de afrontarlo en estudiantes de Psicología, Derecho y Medicina de una universidad privada de Lima. Para eso, recurrieron al empleo del Inventario de estrés académico -SISCO- y, a la administración de Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). Entre los resultados más sobresalientes, se pudo identificar que los estilos de afrontamiento

predominantes, fueron la búsqueda de apoyo social, focalización de la solución del problema y la reevaluación positiva. Así también, se señala a la religión como el afrontamiento de más escasa utilización. Finalmente, las estrategias más frecuentemente utilizadas, son las denominadas “estrategias activas” las cuales son: reevaluación positiva, focalización de soluciones del problema y búsqueda de apoyo social.

Fontenla (2017) realizó una investigación que tuvo por objetivo establecer la relación entre la depresión y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes de la Universidad Nacional de Nuevo Chimbote. Contando con una población muestral de 324 estudiantes y aplicándoles los instrumentos denominados Cuestionario de depresión de Beck (BDI) y Cuestionario de Modos de Afrontamiento del Estrés (COPE), se obtuvieron como resultados una significativa e inversa relación entre estas variables, es decir, mientras se expresen altos valores en los estilos de afrontamiento, disminuye los valores de la depresión; así mismo se menciona que la subdimensión denominada, postergación del afrontamiento, está inversamente relacionada con la depresión.

2.1.3. LOCAL

Bazán (2013) avocó su investigación, a encuadrar la relación entre afrontamiento y depresión en adultos mayores que acuden al centro de atención primaria – III del distrito de José Leonardo Ortiz – Chiclayo. Para ese objetivo, convocó a 80 adultos mayores y procedió a administrar el Cuestionario de afrontamiento al estrés de SANDIN, y el Inventario de depresión de Beck (BDI). Las conclusiones arribadas, signan que las personas mayores, frecuentemente

utilizan la estrategia de Búsqueda de apoyo social y que existe relación significativa entre expresión emocional abierta, Evitación y Búsqueda de apoyo social y, depresión.

Rojas (2016) Estudió la correlación entre resiliencia y afrontamiento del estrés en 120 estudiantes de una institución educativa secundaria de Chiclayo. Luego de administrar el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) y la Escala de Resiliencia (ERA) para adolescentes y realizar el procesamiento respectivo, llegando a mencionar que existe una relación significativa entre las variables mencionadas.

2.2. Bases Teóricas científicas.

2.2.1. Afrontamiento de estrés.

Entre las contribuciones teóricas que sostienen este tratado de investigación, destaca la concepción de Sandín (1995, como se citó en, Sandín y Chorot, 2002), quien señala que, los estilos de afrontamiento, son exigencias comportamentales y cognitivas que implementa el ser humano para enfrentar al estrés; es decir, la singular manera de actuar ante las exigencias externas o internas percibidas como generadoras de estrés.

Lazarus y Folkman (1986), refieren que los estilos de afrontamiento, son esfuerzos mentales y físico - procedimentales en permanente cambio, que nos sirven al enfrentar a las variadas demandas específicas intrapersonales o interpersonales y sociales, que la persona percibe como incontrolables para sus capacidades y recursos.

Allik (2005) refiere que hay estudios que revelan que las mujeres son las que exhiben estilos de afrontamiento de evitación, búsqueda de apoyo social y orientados a la emoción. En contrapartida, los hombres, mayormente, se enfrentan al estrés con una marcada orientación a la resolución de problemas. Sin embargo, en su derrotero vital, pueden privilegiar respuestas emocionales vinculadas a las exigencias académicas, transiciones difíciles y a la convivencia familiar.

Fierro (1996) señala que es una respuesta o reacción de estrés frente a los síntomas cognitivos, emocionales y fisiológicos - conductuales que emergen en circunstancias críticas, de exigencias sociales, morales y físicas que les suceden a las personas. Señala, además, que los estímulos propiciadores de estas reacciones son catalogados como factores estresantes o estresores. En conclusión, hablar de estrés alude a la dinámica transaccional y bidireccional, entre el organismo y la situación estresante. De esa relación surge, la o las, respuestas de estrés.

Endler y Parker (1990) manifiestan que el afrontamiento podría virar rumbo a la resolución deliberada los problemas, hacia la preponderancia de razonamiento y análisis y, según cada ser humano, puede orientarse al espectro emocional, recurrir a la preocupación, la evitación y el pensamiento fantástico o supersticioso.

Mae (2014) desarrolla la propuesta de Lazarus respecto al estrés y evaluación cognitiva. Según Lazarus, hablar de estrés hace referencia a un constructo de doble sentido. Incluye la generación de condicionantes de estrés por parte del

entorno y la reacción comportamental de una persona expuesta a estas circunstancias. Su concepción del estrés llevó a desarrollar la teoría denominada “evaluación cognitiva”. Esta teoría refiere a la actitud que tiene el individuo de reparar en dos principales factores, los cuales contribuyen significativamente en su reacción al estrés; específicamente, esta hace referencia a la tendencia amenazante que el estrés fomenta en el individuo y a la evaluación de los recursos que serán vitales para tolerar, reducir o eliminar ciertos factores estresantes.

Evaluación Primaria

Es propio de esta etapa que el sujeto pueda generar y expresar ciertas preguntas que pueden ir desde el cómo puede un factor estresante influir en mi bienestar, hasta preguntarnos qué significa esta situación que me genera estrés. De acuerdo con lo anterior, muchos estudiosos de la materia refieren que existen 3 respuestas comunes a tales cuestionamientos, estas respuestas son: “Esto es estresante”, “Esto no es importante” y “Esto es bueno”

Con la finalidad de comprender en su totalidad la evaluación primaria, ejemplificaremos esto con la siguiente situación: Imaginemos que en tu localidad está lloviendo torrencialmente, el individuo podría pensar que esta no es importante pues no existen planes por parte de él para salir a algún lugar; por otro lado también podría pensar que este fenómeno es bueno pues debido a su ocurrencia no tendrá que ir a clases o trabajo, por último, el individuo puede observar al fenómeno natural como un factor estresante, que arruina los planes que se tenía en ese momento.

Luego de la resolución de las dos preguntas antes mencionadas, nos trasladamos a la segunda parte de la evaluación cognitiva primaria, donde se tiene por finalidad clasificar si la situación genera una amenaza, daño o desafío. Cuando se observa al agente como una factor amenazante y generador de estrés, normalmente se le ve como algo que pueda causar daño en el futuro cercano, ya sea un examen, un destino , entre otros; por otro lado, cuando a este agente se le observa como un desafío, puede generar respuestas positivas debido a que se espera que el causante del estrés genere una conducta para mejorar la calificación en clases o trabajo.

Sin embargo, ver este acontecimiento como un daño, puede significar que ya haya sido vivido en algún punto de su vida, ya sea con la pérdida de un ser querido o un daño físico o emocional propio.

Evaluación Secundaria

En contraposición con las otras, esta tiene lugar en simultaneo con la evaluación primaria, incluso en ocasiones , se convierte en el factor que desencadena una evaluación primaria.

Estas evaluaciones están referidas al manejo de los factores estresantes y aquí se apreciar por un lado declaraciones firmes como “Voy a intentarlo independientemente de mis posibilidades de éxito”, “Si no funciona lo intentare de otro modo” y “Lo puedo hacer si brindo mi mayor esfuerzo” si en caso la evaluación es positiva; no obstante podrían aparecer frases como “Nadie cree en mi”, “No Puedo hacerlo y sé que fallaré” y “No lo intentare porque no tengo posibilidades” si en caso la evaluación es negativa.

Si bien las evaluaciones antes mencionadas (primarias y secundarias) son productos de un factor estresante, el estrés no siempre se manifiesta con una evaluación a nivel cognitivo, un ejemplo de esto es que, en una situación repentina tales como desastres naturales, el individuo no cuenta con tiempo para pensar en esto, pero ello no significa que no sienta estrés por lo acontecido.

Sandín y Chorot (2002) determinan la existencia de siete dimensiones:

Focalización en la solución del problema. Estrategia cognitiva y conductual que llevan al estrés cambiando el escenario que lo causó. Ejemplo, analizar minuciosamente los pasos a seguir para poder hacerle frente al problema

Auto focalización negativa. Estrategia basada en la destrucción personal y la negatividad de sus actos por la ocurrencia de situaciones nuevas o desconocidos y la crisis estresante o su manejo inadecuado. Ejemplo de ello es sentirse incapaz e indefenso de generar un cambio positivo frente a un acontecimiento determinado.

Reevaluación positiva. Estrategia cognitiva que ayuda enormemente porque cambia el significado estresante. Ejemplo, intentar encontrarle el sentido positivo a un problema específico.

Expresión emocional abierta. Estrategia encaminada a manifestar ciertas emociones evocadas por las situaciones estresantes, un ejemplo de ello es la manifestación de mal humor hacia el entorno.

Evitación. Estrategia que incluye la supresión y eliminación de pensamientos o actitudes ligadas a alguna situación estresante, un ejemplo es cuando el individuo recuerda ciertos pensamientos o problemas e intenta concentrarse en otras actividades.

Búsqueda de apoyo social. Focalizado en ver otras formas de resolver ese evento nuevo para sentirse aliviado. Ejemplo de ello es el dialogo del individuo con su entorno cercano con el fin de generar paz ante cierta situación.

Religión. Apoyarse en las creencias divinas como único salvador de nuestras vidas para así sentir paz y tranquilidad. Un ejemplo es el recurrir a un templo o iglesia con el fin de suplicar la solución ante cierto problema.

2.1.1.1. Afrontamiento al estrés en el adulto mayor

Belsky (2001) recoge una serie de referencias de las estrategias de afrontamiento al estrés en el adulto mayor.

Es la capacidad de recuperación interna que tienen las personas maduras para saber desenvolverse con flexibilidad ante fracasos, pérdidas y las experiencias tristes de la vida. Las personas de mediana edad y ancianos afrontan el estrés de forma madura y flexible. Lo cierto es que las estrategias concretas que emplean las personas para desenvolverse ante las frustraciones varían de forma interesante en las diversas fases de la vida.

Las personas mayores dicen emplear estrategias centradas en la emoción; sus técnicas se centran más en cambiar sus sentimientos, sacando mejor provecho de lo que existe. Los individuos a su vez presentan signos fisiológicos de excitación que no siempre son evidentes tales como los cambios en el ritmo cardiaco, presión arterial, entre otras. Por un lado, tenemos la idea de que las personas de mayor edad son reflexivas, pacíficas y satisfechas, pero, por otro lado, es de suponer que la vejez es una etapa vital en donde el individuo se encuentra más vulnerable y tienden a estar más sujetos al estrés y a la depresión.

Con respecto al funcionamiento de las estrategias en este último tramo del ciclo vital como es la vejez, Folkman et al. (1987) demostraron que los adultos mayores poseen una mejor y mayor capacidad para distanciarse de ciertas situaciones que puedan generarles estrés y reevaluarlas positivamente.

El análisis de los estilos de afrontamiento requiere la consideración de rasgos temperamentales inherentes a los sujetos. En este sentido, encontramos la propuesta del modelo tridimensional. Cloninger (2003) menciona que existen tres rasgos de la personalidad las cuales están basadas en los conceptos biológicos del ser humano, cada una de estas resulta de un neurotransmisor en particular centrado en el sistema nervioso central. Por lo anterior mencionado, el modelo o enfoque tridimensional está directamente relacionado con los procesos biológicos descritos por Cattell o por el modelo de los Cinco factores, los cuales mencionan la existencia de una influencia hereditaria sin dar detalles acerca de sus mecanismos. El Primero de estos rasgos denominado “Búsqueda de novedad” está ligado con los niveles de dopamina que tiene el individuo, en donde a menor sea el nivel de este, mayor será la búsqueda de novedades.

El segundo rasgo denominado “Evitación del daño” está directamente ligada a los niveles de serotonina segregados por el individuo, siendo así que los individuos que poseen este rasgo están influenciados por estímulos aversivos con el fin de evitar el dolor que puede provocar estos estímulos. Un dato interesante es que, según estudios, los niveles de serotonina en los monos van a depender si estos son dominantes o no, siendo así que, a mayor dominancia, mayor será este nivel; es en tal sentido de acuerdo con Rogeness y McClure (1996), el alto funcionamiento de la serotonina genera conductas sociables, mientras que ,el bajo ,se asocia con la agresión.

Por último, el rasgo “Dependencia de la recompensa” nace a partir de los niveles de norepinefrina en el individuo haciendo que los individuos se comporten de una forma que pueda generar recompensas, pues se sabe que esta conducta es más resistente a la extinción, siguiendo con el trabajo incluso cuando otros se rinden.

2.2.2. Depresión

Barra (2003) lo entiende como el sentimiento de tristeza, melancolía, infelicidad, abatimiento o caída. Muchas de las personas en algún momento nos sentimos de esta manera en cortos lapsos de tiempo, sin embargo, esta se vuelve un problema cuando los sentimientos como la ira, frustración o tristeza afectan en nuestras actividades cotidianas durante semanas o meses.

Moreno y Blanco. (2004) respecto a la depresión, manifiestan que los individuos pueden presentar sentimientos de bienestar y, de un momento a otro, transitar a la expresión de sentimientos de incapacidad, desánimo, desmotivación y carencia de controlar en su voluntad.

Gómez y Rodríguez (1997) señalan que, en la actualidad, los altos grados de manifestación de la depresión suelen suscitarse en los adultos mayores debido a la realidad socioeconómica que viven, observándose así mayor incidencia en la pobreza, desempleo y violencia; aumentando la poca expectativa ocupacional e incertidumbre laboral.

Garza. (2007) define que la depresión no solo afecta al estado de ánimo; sino que esta también altera el apetito, deseo sexual y sueño. Filtra los pensamientos negativos que piensa realizar acabando con sus sueños y se vuelve pesimista,

subestima el autoconcepto, bajando la autoestima, cambiando la forma de actuar frente a cierta situación mostrándose ambivalente e irritable y, apareciendo en muchos pacientes con depresión, niveles poco normales de sustancias químicas cerebrales (tales como la dopamina, serotonina entre otras) y una lenta actividad cerebral.

El Centro de Psicología Aaron Beck (2018) menciona que la depresión se da por la forma en la cual se procesan los pensamientos y razonamientos apreciando una forma de pensar menos generalizada y más negativa con respecto a si mismo y a quien lo rodea, sobre su presente y futuro. En muchos casos, a medida que aumenta este problema en el individuo, la desesperanza comienza a generar ideas intrusivas de muerte o ideación suicida, llegando en varias ocasiones a terminar con la vida del individuo .

Blum. (2000) señala que la juventud es un grupo etario en donde se presenta el mayor índice de depresión, sabiendo que es la adolescencia una etapa vulnerable, pues en esta se generan diversos cambios fisiológicos, psicológicos, cognitivos y socioculturales, que hacen que los jóvenes desarrollen diversas estrategias de afrontamiento, que les permiten generar un sentido de autonomía, éxito (personal y social) e identidad.

Según Vásquez. (2010) dentro de las teorías de la depresión, encontramos las siguientes:

Teorías psicoanalíticas. Este movimiento también le prestó atención a la melancolía y el duelo como un estado de detrimento y descomposición que parece el Yo por la pérdida de un objeto significativo, en ocasiones las respuestas pueden ser hostiles

hacia sí mismo, como una expresión de culpa o hacia los demás. En condiciones normales se espera una progresiva transición hacia la aceptación final del duelo .

De acuerdo con esta teoría, puede que la pérdida no sea real o por el contrario no tenga manera de comprobarse ello, incluso puede no existir tal objeto perdido o por el contrario que el individuo no sea consciente de lo perdido. A ello se suma la caída de la autoestima que puede impedir una recuperación pronta de lo perdido.

Teorías Conductistas. Esta teoría menciona que la depresión emerge por que el individuo ha experimentado situaciones desagradables en el pasado y no las ha podido sacar adelante, en consecuencia, se cimienta una indisposición para enfrentar situaciones desagradables en el presente y futuro y, ante los hechos negativos tendría que resignarse y aceptar. Este pensamiento hace hincapié en que el individuo interioriza que su comportamiento no tiene consecuencias positivas sobre su entorno, siente que no tiene el control sobre estas situaciones de la vida. Es en ese punto, donde se hacen evidentes las aflicciones de desesperanza, pesimismo e inseguridad que configuran un individuo pasivo y triste.

Teorías Cognitivo – Conductuales. Siendo la más importante la propuesta por Beck, que define a la depresión como una consecuencia provocada por las disposiciones que el individuo puede hacer para procesar cierta información obtenida de su entorno sociocultural. Esta teoría menciona que el individuo se enfrentó a ciertas experiencias negativas en el pasado, las que han desencadenado la elaboración de un concepto vital pesimista, teniendo un concepto negativo de sí mismo, de lo que está a su alrededor y viendo un futuro

incierto. Sus pensamientos son distorsionados, pues estos tiñen la tendencia de interpretar de manera negativa y pesimista el día a día.

Según Beck et al. (1983), la depresión puede ser concebida desde un enfoque cognitivista, vulnerable y de estrés; puntualiza que la vulnerabilidad está sujeta a los esquemas cognitivos negativos formados por la persona, donde están presentes las actitudes negativas de fracaso, pérdida, inadecuación, entre otras; estas actitudes también se relacionan con pensamientos basados en la aceptación y aprobación de los demás.

De acuerdo con el CIE-10 existen tres niveles en cuanto a la severidad de los episodios, estos son:

Leve. Hace mención de los síntomas típicos que se presentan en la depresión, estos son la pérdida de interés frente a ciertas situaciones, aumento en la fatiga al desarrollar alguna actividad y un ánimo depresivo, es por ello, que generalmente el individuo afectado por esta no presenta dificultades para sobrellevar su vida en cualquier aspecto.

Moderado. Aquí la persona ya empieza a presentar dificultades en el desarrollo de sus actividades sociales, laborales o domésticas.

Grave. Cuando se presentan los tres típicos síntomas y estos están acompañados por un sentimiento de agitación o angustia, culpabilidad e inferioridad y baja autoestima. Es aquí donde la tendencia hacia el suicidio es mayor debido a que la persona con depresión grave presenta una muy limitada vida doméstica, social y laboral.

Por último, el National Institute of Mental Health (2017), menciona que las personas de edad avanzada suelen tener mayor episodios de depresión. Para el autor este es un grave problema que afecta la vida diaria y su funcionamiento normal, aclarando que este problema no es propio del envejecimiento o alguna señal de un débil carácter, siendo así que muchos adultos mayores que la padecen necesitan un tratamiento respectivo para poder sentirse mejor.

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Afrontamiento de estrés

Sandín. (1995, Citado por Sandín y Chorot 2002). Menciona que es todo aquel esfuerzo cognitivo y conductual que el individuo lleva a cabo con la finalidad de enfrentar al estrés; quiere decir, la manera cómo actúa frente a las demandas internas o externas que puedan generar estrés, ampliamente entendido, cómo enfrenta a lo desconocido o nuevo según corresponda, acompañado con el malestar psicológico que suele acarrear.

2.3.2. Depresión.

Según Beck et al. (1983), menciona que la teoría cognitiva trata de dar a conocer la depresión de acuerdo con un punto de vista cognitivo y de vulnerabilidad-estrés; a tal punto que la vulnerabilidad está sujeta a los esquemas cognitivos negativos formados por él mismo, los cuales tienen consigo ciertas actitudes negativas con respecto a la inadecuación, pérdida, fracaso, entre otras; adoptando la creencia errónea de que la felicidad propia depende de los demás.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

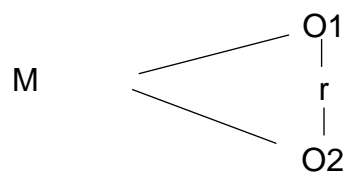
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación

3.1.1. Tipo de Investigación.

De acuerdo a su finalidad, esta investigación se define como “aplicada”, pues en su realización, se utilizaron aportes teóricos previos para poder brindar una solución a un problema actual, así mismo, es de naturaleza cuantitativa, toda vez que posee valores numéricos y, por último, de acuerdo a su alcance, la investigación es de tipo temporal transversal, considerando que se realizará tan solo una vez.

3.1.2. Diseño de la Investigación

El diseño correspondiente es no experimental y descriptivo correlacional, de tipo cuantitativo, cuya representación gráfica es la siguiente:



M : 80 adultos mayores.

O1 : Afrontamiento de estrés.

O2 : Depresión.

r : Relación.

3.2. Población y Muestra.

3.2.1. Población.

La presente investigación contó con una población conformada por 120 adultos mayores según programación anual del MINSA (2017) en Lambayeque, puesto de salud de Santa Ana del distrito de José Leonardo Ortiz.

3.2.2. Muestra.

La investigación contó con un grupo muestra de 80 adultos mayores que pertenecen al puesto de salud de Santa Ana del Distrito de José Leonardo Ortiz, Según la programación cuentan con 120 adultos mayores. Solo cumplieron los requisitos 80 personas participantes.

3.2.3. Muestreo.

El proceso de investigación requirió de un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. Por otra parte, esta investigación cuenta con tres criterios de inclusión: se aplicó a adultos mayores entre 60 y 85 años de edad, adultos que presenten lucidez mental y también, quienes expresen voluntad y disponibilidad de tiempo. Así mismo, los criterios de exclusión fueron: el padecimiento de alguna enfermedad mental degenerativa y la presencia de deficiencia auditiva.

3.3. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis general.

Hi: Existe relación significativa entre Estrategia afrontamiento de estrés y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de José Leonardo Ortiz, 2017.

Ho: No existe relación significativa entre Estrategia afrontamiento de estrés y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de José Leonardo Ortiz, 2017.

3.3.2. Hipótesis Específicas.

Hi1: Existe relación significativa entre la estrategia Focalización en la solución de problemas y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Ho₁: No existe relación entre estrategia Focalización en la solución de problemas y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Hi2: Existe relación significativa entre estrategia de Autofocalización negativa y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Ho₂: No existe relación entre estrategia de Autofocalización negativa y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Hi3: Existe relación significativa entre estrategia Reevaluación positiva y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Ho₃: No existe relación entre estrategia Reevaluación positiva y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Hi4: Existe relación significativa entre estrategia Expresión emocional abierta y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Ho4: No existe relación entre estrategia Expresión emocional abierta y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Hi5: Existe relación significativa entre estrategia Evitación y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Ho5: No existe relación entre estrategia Evitación y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Hi6: Existe relación significativa entre estrategia Búsqueda de apoyo social y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Ho6: No existe relación entre estrategia Búsqueda de apoyo social y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Hi7: Existe relación significativa entre estrategia Religión y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

Ho7: No existe relación entre estrategia Religión y Depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017.

3.4. Variables.

V1: Estilos de afrontamiento al estrés

V2: Depresión

3.5. Operacionalización

VARIABLE	ESTRATEGIAS	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
V1 Afrontamiento del estrés	Focalización en la solución del problema	1, 8, 15, 22, 29, 36	Questionario de Afrontamiento del Estrés
	Autofocalización negativa	2, 9, 16,23,30, 37	
	Reevaluación positiva	3, 10, 17, 24, 31, 38	
	Expresión emocional abierta	4, 11, 18, 25, 32,39,	
	Evitación	5, 12, 19, 26, 33, 40	
	Búsqueda de apoyo social	6, 13, 20, 27, 34, 41	
Religión	7, 14, 21, 28, 35, 42		

Fuente: Sandín y Chorot (2003).

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas e Instrumento De Evaluación
V2 Depresión	Unidimensional	Tristeza	1	Inventario de Depresión de Beck
		Pesimismo	2	
		Fracaso	3	
		Perdida de placer	4	
		Sentimiento de culpa	5	
		Sentimiento de castigo	6	
		Disconformidad con uno mismo	7	
		Autocrítica	8	
		Pensamientos o Deseos suicidas	9	
		Llanto	10	
		Agitación	11	
		Perdida de interés	12	
		Indecisión	13	
		Desvalorización	14	
		Pérdida de Energía	15	
		Cambio en los Hábitos del sueño	16	
		Irritabilidad	17	
		Cambio en el Apetito	18	
		Dificultad de concentración	19	

Cansancio o Fatiga	20
Perdida de Interés en el Sexo	21

Fuente: Inventario de depresión de Beck 2da Edición.

3.6. Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Abordaje metodológico

El abordaje metodológico de esta investigación se utilizó para la elaboración de la mismas, siendo esta cuantitativa, donde Hernández et al. (2014) refieren que se emplea el recojo de los datos para así con ello y mediante un proceso estadístico se puede comprobar las diversas hipótesis planteadas.

3.6.2. Técnicas de recolección de datos

De acuerdo con los objetivos de la presente se empleó dos instrumentos: el Cuestionario de Afrontamiento de Estrés, creado por Sandín y Chorote (2002) y el Inventario de Depresión de Beck, creado por Beck (1961)

3.6.3. Instrumentos de recolección de datos

Instrumento 1

FICHA TÉCNICA CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

Nombre	Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)
Nombre Original	Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EEC-R)
Autores	Bonifacio Sandín Y Paloma Chorot
Procedencia	España
Año de Creación	2002
Año de Publicación	2003
Administración	Individual o colectiva
Ámbito de Aplicación	18 años
Duración	10 – 15 minutos.
Dimensiones	7 estilos básicos de Afrontamiento de Estrés
Subescalas	6
Numero de Ítem	42 ítem
Material	Cuestionario y lápiz
Objetivo	Identificar los Estilos de Afrontamiento del estrés.
Fiabilidad y Validez	Coefficientes de fiabilidad de Cronbach 0,64 y 0,92 (media = 0,79)
Baremos	A partir de una muestra de estudiantes universitarios (N = 592).
Calificación	La puntuación de medida máxima es 24 puntos, explicando que cada estrategia es independiente. Teniendo la siguiente calificación: de 19 a 24: Lo utiliza casi siempre, de 13 a 18: lo utiliza frecuentemente, de 7 a 12: lo utiliza a veces, de 1 a 6: lo utilizan pocas veces 0: nunca.

Fuente: Sandín y Chorot (2003).

Instrumento 2

FICHA TÉCNICA INVENTARIO DEPRESIÓN BECK II

Nombre	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)
Nombre Original	Beck Depression Inventory-Second Rdition (BDI-II)
Autor	Aaron T.Beck,Robert A.Steer y Gregory K.Brown
Autor de la adaptación española	Jesús Sanz y Carmelo Vásquez.
Procedencia	Estados Unidos
Año de Creación	1961.
Año de Publicación	2006
Año de Adaptación en español	2011
Administración	Escala clínica
Ámbito de Aplicación	Psicología clínica, neuropsicología, psicología forense.
Duración	5 – 10 minutos. Los pacientes depresión grave y psiquiátricos demoran mayor tiempo.
Dimensiones	Individual y colectivo
Rango de Calificación	13 años en adelante
Numero de Ítem	21 ítems
Material	Papel y lápiz
Objetivo	Depresión
Fiabilidad	La fiabilidad está basada en la consistencia interna. Coeficiente elevado (superior a 0,85). L
Validez	Su contenido incluye los criterios propuestos por DSM -IV y CIE-10) ayudando a gravedad de depresión.
Calificación	Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos de 0 a 3. La valoración mínima y máxima es 0 y 63. Los puntos de calificación permiten conocer los cuatro grupos: >Depresión mínima 0-13 >Depresión leve 14-19 >Depresión moderada 20-28 >Depresión Severa 29-63

Fuente: Inventario de depresión de Beck 2daEdición

3.7. Procedimientos para la recolección de datos

Respecto a la recolección de los datos, este procedimiento se realizó de la manera siguiente:

Inicialmente, se coordinó con las autoridades del puesto de salud Santa Ana, previa presentación de un documento escrito; posteriormente, se fijó una fecha para iniciar la evaluación. En consecuencia, se aplicaron los instrumentos siguiendo las instrucciones de las pruebas y se llevó a cabo una evaluación de forma colectiva que duró 40 minutos aproximadamente, donde se resguardó la privacidad, anonimato y confidencialidad de los participantes.

Se verbalizó de manera sosegada, comprensible y clara, para así poder brindar las instrucciones correspondientes, posterior a ello y a que los evaluados acepten el documento de confiabilidad brindado, se comenzó a administrar los test para el propósito científico de esta investigación.

3.8. Análisis estadísticos e interpretación de datos

La recolección de los datos fue ordenada en el programa Excel Office por Windows 2010. Luego de ser ordenada la data, se analizó con el software estadístico SPSS versión 21.0, así mismo, se trabajó con la prueba de coeficiente de correlación Spearman, obteniendo de esta manera los resultados tabulados y presentados en tablas por hipótesis planteadas al estilo APA 2017, siendo estos descritos y concatenados respectivamente.

Luego, los resultados de la contrastación de hipótesis con la descripción de estos sirvieron de base para la elaboración de su discusión, consistiendo en la relación de resultados encontrados, la información de marco teórico y antecedentes de investigación para la formulación de las conclusiones y recomendaciones.

3.9. Criterios éticos

Los criterios éticos están basados mediante el Manual de Ética del Colegio de Psicólogos:

Responsabilidad. En este punto se realizó de manera cuidadosa la evaluación en donde los censados tendrán claro las frases brindadas, así también los investigadores y colaboradores asumieron la responsabilidad correspondiente.

Normas legales y morales. Estas estuvieron regidas por la ética de la comunidad, así mismo, se rechazó todo tipo de discriminación étnica o por religión sexo e ideología.

Confidencialidad. En este punto se hizo hincapié en la confiabilidad que se tendrá antes, durante y después de la aplicación de los instrumentos.

Consentimiento informado. A través de ello, los participantes fueron conocedores de todas las características de la investigación y así, decidir libremente ser partícipes de este esfuerzo de científico y académico.

3.10. Criterios de rigor científico

Los datos recolectados en la tesis ponderan la confiabilidad y validez en cuadros estadísticos respectivos de acuerdo a los resultados obtenidos respetando el reglamento de ética de nuestra prestigiosa institución académica, Universidad Señor de Sipán (USS, 2020), en su artículo 50 y según lo estipulado en la Ley Marco de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica 28303 (CONCYTEC, 2011) Teniendo en cuenta los siguientes principios:

Valor de la Verdad. Esto se comprobará mediante la validez interna de la realidad donde se tomarán los datos que serán en el mismo puesto de salud contando con el documento autorizado por la jefa del referido establecimiento.

Aplicabilidad. Aquí se determinará la validez externa, ya que podrá ser aplicada a otro tipo de realidades por ser estandarizada a personas mayores de 18 años en adelante, que se encuentren en buen uso de sus facultades mentales.

Consistencia. Ambos instrumentos son utilizados repetitivamente en las mismas circunstancias.

Neutralidad. Los resultados cuentan con la fiabilidad que la investigación lo requiere para poder brindar la respuesta que el investigador desea conocer.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados en tablas y gráficos

Tabla 1

Análisis correlacional entre estrategia de Afrontamiento de estrés y depresión en adultos mayores.

		Correlaciones	
Rho de Spearman	Focalización en la solución del problema	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	Depresión -0,256 0,022
	Autofocalización negativa	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	,394** 0,000
	Reevaluación positiva	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-0,128 0,257
	Expresión emocional abierta	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	,405** 0,000
	Evitación	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-0,108 0,339
	Búsqueda de apoyo social	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-0,019 0,865
	Religión	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-0,189 0,093

Fuente: Cuestionario de afrontamiento del estrés e inventario de depresión de Beck.

Se puede apreciar en la Tabla 1 que se ha encontrado relación significativa entre las dimensiones Focalización en la solución del problema, Auto focalización negativa, Expresión emocional abierta de la variable Estrategia de afrontamiento al estrés y Depresión' ($p < 0,05$); por otro lado, no se encontró relación significativa entre las dimensiones Reevaluación positiva, Evitación, Búsqueda de apoyo social y Religión, de la variable Estrategia de afrontamiento al estrés y Depresión ($p > 0,05$). Estos resultados dejan constancia que en la medida los adultos mayores se

orienten a las resoluciones de problemas que consideran amenazantes y desbordantes de sus posibilidades, disminuirá su melancolía y abatimiento. Por otro lado, la visión negativa de la circunstancia que experimente el adulto mayor, coexiste con el incremento de la depresión. Finalmente, la manifestación de Liberación de emociones y descarga de mal humor incrementa los niveles de abatimiento y tristeza.

Tabla 2

Relación entre la estrategia Afrontamiento de focalización en la solución del problema y depresión en adultos mayores.

			Depresión
Rho de Spearman	Focalización en la solución del problema	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	-0,256
			0,022

Fuente: Cuestionario de afrontamiento del estrés e inventario de depresión de Beck.

En la Tabla 2 se observa en el valor de la prueba muestra que existe relación significativa ($p < 0,05$) entre focalización en la solución del problema y la depresión en el adulto mayor. Por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. En concordancia con el primer resultado, se infiere que cambiar el escenario, reflexionar y diseñar pasos para enfrentarse al estrés, trae consigo la disminución de los sentimientos de tristeza y melancolía.

Tabla 3

Relación entre la estrategia Afrontamiento de autofocalización negativa y depresión en adultos mayores.

			Depresión
Rho de Spearman	Autofocalización negativa	Coefficiente de correlación	,394**
		Sig. (bilateral)	0,000

Fuente: Cuestionario de afrontamiento del estrés e inventario de depresión de Beck.

En la Tabla 3 se observa que el valor de la prueba muestra que existe relación significativa ($p < 0,05$) entre la Autofocalización negativa y la depresión en el adulto mayor. Por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. El análisis psicológico sugiere que basarse en la negatividad de las circunstancias incrementa la tristeza y soledad, así como los pensamientos negativos de sí mismo y del futuro.

Tabla 4

Relación entre la estrategia Afrontamiento de Reevaluación positiva y la depresión en adultos mayores.

			Depresión
Rho de Spearman	Reevaluación positiva	Coefficiente de correlación	-0,128
		Sig. (bilateral)	0,257

Fuente: Cuestionario de afrontamiento del estrés e inventario de depresión de Beck.

En la Tabla 4 se observa que el valor de la prueba del coeficiente de correlación muestra que no existe relación significativa entre Reevaluación positiva y la depresión en el adulto mayor ($p > 0,05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis de

investigación y se acepta la hipótesis nula. En este apartado, los resultados estadísticos traducen que la estrategia de reevaluación positiva para intentar cambiar el significado estresante, existe independientemente a la ocurrencia de la depresión.

Tabla 5

Relación entre la estrategia Afrontamiento de Expresión emocional abierta y depresión en adultos mayores.

		Depresión
Rho de Spearman	Expresión emocional abierta	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)
		,405** 0,000

Fuente: Cuestionario de afrontamiento del estrés e inventario de depresión de Beck.

En la Tabla 5 se observa que el valor de la prueba del coeficiente de correlación muestra que existe relación significativa entre la Expresión emocional abierta y la depresión en el adulto mayor ($p < 0,05$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. De lo hallado, se considera que la estrategia de liberación de emociones y descarga de sentimientos, coexiste con el incremento de la depresión en los adultos mayores.

Tabla 6

Relación entre la estrategia Afrontamiento de evitación y la depresión en adultos mayores.

		Depresión
Rho de Spearman	Evitación	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)
		-0,108 0,339

Fuente: Cuestionario de afrontamiento del estrés e inventario de depresión de Beck.

En la Tabla 6 se observa en el valor de la prueba muestra que no existe relación significativa entre la Evitación y la depresión en el adulto mayor ($p>0,05$). Esto indica que los adultos mayores del puesto de salud Santa Ana manejan de manera independiente la evitación referente a la depresión. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula. Al respecto, se interpreta que huir y evadir intencionalmente la situación que el adulto mayor considera estresante, es independiente de su estado de la depresión.

Tabla 7

Relación entre la estrategia Búsqueda de apoyo social y la depresión en adultos mayores.

		Depresión	
Rho de Spearman	Búsqueda de apoyo social	Coefficiente de correlación	-0,019
		Sig. (bilateral)	0,865

Fuente: Cuestionario de afrontamiento del estrés e inventario de depresión de Beck.

En la Tabla 7 se observa, en el valor de la prueba muestra, que no existe relación significativa entre la Búsqueda de apoyo social y la Depresión en el adulto mayor ($p>0,05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula. Esto significa que la búsqueda de apoyo social es independiente de sentimientos de tristeza, melancolía e infelicidad abatimiento o caída.

Tabla 8

Relación entre la estrategia Afrontamiento de Religión y la depresión en adultos mayores.

		Depresión	
Rho de Spearman	Religión	Coeficiente de correlación	-0,189
		Sig. (bilateral)	0,093

Fuente: Cuestionario de afrontamiento del estrés e inventario de depresión de Beck.

En la Tabla 8 se observa que el valor de la prueba muestra que no existe relación entre la Religión y la Depresión en el adulto mayor ($p > 0,05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula. Es decir, el hecho de refugiarse en la religión resulta independiente del estado de ánimo depresivo.

4.2. Discusión de Resultados

El análisis del objetivo general de la investigación, orientado a determinar la relación entre Estrategia afrontamiento de estrés y depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017, arrojó que existe relación significativa entre las dimensiones Focalización en la solución del problema, Autofocalización negativa, Expresión emocional abierta de la variable Estrategia de afrontamiento al estrés y Depresión' ($p < 0,05$). Estos resultados concuerdan con lo hallado por Fontenla (2017) quien, en su investigación en estudiantes universitarios, determinó que existe relación muy significativa, inversa y media débil entre Depresión y Estrategias de afrontamiento al estrés, demostrando así que, a mayores puntuaciones en las estrategias de afrontamiento, menores serán los niveles de depresión. De esta comparación coincidente, se abstrae, que en cualquier etapa del desarrollo

humano es fundamental el adecuado dominio de estrategias de afrontamiento para mantener un mejor estado de ánimo y una visión positiva de las propias posibilidades en el presente y futuro. Por su parte, en la misma línea de discusión, Belkys (2001) también refirió que las personas de mediana edad y ancianos afrontan el estrés de forma madura y flexible. Agregó, que las estrategias concretas que emplean las personas para desenvolverse ante las frustraciones, varían de forma interesante en las diversas fases de la vida. Se observa que la orientación a la acción para mejorar el estado de ánimo es corroborada por el estudio de Rojas (2016), que termino confirmando una relación significativa entre Resiliencia y el Afrontamiento del estrés.

Se encontró también, relación significativa ($p < 0.05$), negativa, entre la estrategia de Focalización en la solución del problema y Depresión. De ello, se entiende que, en la senectud, es fundamental la orientación a la acción y participación en la resolución de sus dificultades para tener un buen estado de ánimo, una visión positiva de sí mismo y de sus posibilidades. Este resultado, coincide con Fontenla. (2017) quien puntualizó la existencia de una relación muy significativa, inversa y media débil entre la depresión y estrategias de afrontamiento al estrés, es decir, una buena performance en la utilización de estrategias de afrontamiento coexiste con la disminución de cuadros de tristeza y depresión. Por otro lado, este resultado coincide con lo que sugieren Mayordomo et al (2015), quienes, desde una perspectiva cognitiva del envejecimiento, advierten que una posible explicación a la utilización de recursos centrados en el problema sería el poseer una mayor capacidad de reserva cognitiva. Por el contrario, existe contradicción con lo que resuelve Bazán. (2013) investigador

que, concretamente, encontró relación entre la depresión y las estrategias de afrontamiento, Expresión emocional, Evitación y Búsqueda de apoyo social. Esta singular manera de relacionarse entre las estrategias de afrontamiento y la depresión, tiene que ver con la complejidad que reviste la respuesta al estrés, tal como lo señala Sandín (1995, como se citó en Sandín y Chorot, 2002), quienes describen las contingencias al estrés como la movilización de comportamientos y pensamientos para enfrentar la situación perturbadora y desbordante de las propias posibilidades de la persona, este complejo sistema de respuesta configura el patrón de estrategias predominantes frente a la amenaza o daño.

Se identificó que existe relación significativa ($p < 0,05$) entre la autofocalización negativa y la depresión en el adulto mayor. Se evidencia entonces, que la visión negativa de las circunstancias personales y vitales en adultos mayores, coexiste con los sentimientos de melancolía y depresión, a mayor detrimento personal y negativismo frente a situaciones estresantes, mayor será el grado de depresión. Lo hallado, encuentra correspondencia con Mayordomo et al. (2015) quienes sostienen que las personas con estudios inferiores utilizan la autofocalización negativa y la evitación. En ese sentido, si bien es cierto, no se cuenta con la base de datos concreta del nivel de estudios de los adultos mayores participantes, es bueno recordar que, por su edad, la gran mayoría creció en épocas donde había limitaciones marcadas en la educación. Otro resultado congruente con este hallazgo lo erige el académico, Fontenla. (2017) quien determinó la existencia de una relación muy significativa entre la depresión y estrategias de afrontamiento al estrés. En oposición, existe diferencias con lo arribado en el trabajo de Bazán (2013) realizado en adultos

mayores de la población de Chiclayo, donde, solo encontró relación significativa con expresión emocional abierta, evitación y búsqueda de apoyo social. Respecto a la autofocalización negativa, este autor, encontró que los adultos mayores participantes, no utilizan esta estrategia de afrontamiento. Este resultado requiere ser analizado a partir de lo que revelan Folkman et al. (1987) quienes hallaron que las personas adultas mayores pueden distanciarse psicológicamente de los acontecimientos y optar por una perspectiva positiva respecto a las circunstancias de estrés.

Se determinó que no existe relación entre la reevaluación positiva y la depresión en el adulto mayor por lo que se obtuvo una significancia ($p > 0.005$). De ello, se desprende que la tendencia a ver el lado positivo de la adversidad o situación amenazadora es independiente del estado de ánimo predominante en el adulto mayor. Este resultado, coincide con otro estudio que fue desarrollado por Bazán (2013), en el que no se halló relación entre reevaluación positiva y depresión. Este autor, solo encontró relación significativa entre depresión y Expresión emocional abierta, Evitación y Búsqueda de apoyo social. Respecto a la reevaluación positiva, encontró, a nivel descriptivo, que los adultos mayores, raras veces utilizan esta estrategia en particular. Se valora una vez más, que ver los aspectos positivos de la senectud y la comprensión de las dificultades de esta etapa vital, no coexiste con el estado de ánimo positivo. Es decir, pensar sobre el problema, es marginal respecto al estado de ánimo estable. El análisis sugiere, que existen componentes vinculados a comportamientos, que garantizan un mejor estado de ánimo en el sentido que la depresión es una variable compleja y su incremento o agudización trascienden la toma de conciencia. Al parecer

requiere un mayor compromiso en la ejecución de tareas y comportamientos específicos. De manera ilustrativa, los autores, Lazarus et al. (1987) Afirieron que, los ancianos y ancianas, pueden resolver mejor las contrariedades de la vida por la experiencia adquirida a través de sus años de vida. Por otro lado, existe contradicción con la investigación llevada a cabo por Fontenla. (2017) quien determinó la existencia de una relación muy significativa entre la depresión y estrategias de afrontamiento al estrés.

Desde otra perspectiva, se demostró la relación significativa entre Expresión emocional abierta y la depresión en la segunda juventud ($p < 0,05$). Es decir, en la etapa de envejecimiento, la liberación de emociones matizadas por la hostilidad, el mal humor, la agresión e incluso la liberación irreflexiva y espontánea del sufrimiento propio de la edad, coexiste con el incremento de la depresión y la melancolía. Lo que se relaciona con la propuesta del Centro de Psicología Aaron Beck (2018) respecto a la forma que tienen de procesar sus pensamientos, razonar e idealizar su realidad, es que las personas adquieren un pensamiento negativo, más o menos generalizado, sobre su posible existencia en el mañana, así como del entorno y las personas que los circundan y todo lo ven oscuro e incierto. Cuando la depresión y la melancolía aumenta en ciertos casos, la desesperación fomenta los pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, incluso, intentos reales de poner fin a su vida. Los resultados sugieren que el hecho de expresar emociones negativas o incluso espontáneas, sin mayor reflexión, no son suficientes, al contrario, incrementan la melancolía. Hace falta un plan de acción que oriente a las soluciones comportamentales para encontrar el equilibrio. También existe coincidencia con el estudio realizado por

Bazán (2013) quien asevera que se evidencia una relación significativa entre Expresar abiertamente las emociones y depresión. Finalmente, también encuentra similitud con la investigación de Fontenla. (2017) quien señala existencia de una relación muy significativa entre depresión y estrategias de afrontamiento al estrés. A mayor afrontamiento menor serán los sentimientos de minusvalía. Sin embargo, difiere de lo que resuelve De La Rosa et al. (2015) quién en su conclusión más importante deja claro que hay una relación significativa entre reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y Focalización en la solución del problema y depresión.

Así también no se halló relación significativa entre la Evitación y la depresión en el adulto mayor ($p > 0,05$). Se entiende entonces, que la tristeza y melancolía que puede experimentar un adulto mayor es indiferente respecto a la tendencia a suprimir y eliminar pensamientos relativos a acontecimientos estresantes. Son independientes una de la otra; en consecuencia, se desaprueba la hipótesis de estudio y se acepta la hipótesis nula. Resultado que se relaciona con lo hallado por Mayordomo et al. (2015) . En 275 adultos mayores participantes, este estudio, sostiene que la estrategia de evitación la utilizan las mujeres y las personas con menor preparación académica. Por otro, existe discrepancia con lo que sostiene el investigador Bazán (2013) quien, en personas mayores de la provincia de Chiclayo, sí llegó a encontrar relación significativa entre depresión y evitación; en este caso, se puede inferir que, al incrementar los niveles de evitación de los pensamientos asociados al estrés, incrementan también los valores de la depresión. La diferencia entre los resultados se puede analizar a partir de lo planteado por Ender y Parker (1990) quienes manifiestan

que el afrontamiento podría girar a resolver deliberadamente los contratiempos presentados, de manera preponderante y razonable. Haciendo un análisis adecuado según la personalidad de cada ser humano, puede orientarse a su enfoque emocional, recurrir a la cavilación, la evitación y las ideas ficticias o supersticioso. Otra discrepancia observable, a nivel de significativo estadísticamente, es lo relativo al trabajo De La Rosa y otros. (2015) quién, en su conclusión más importante, deja claro que coexiste una relación significativa entre depresión y focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social.

Asimismo, al estudiar la relación entre búsqueda de apoyo social y depresión, se halló significancia de ($p > 0.05$) y eso hace rechazar la relación entre ambas variables. Se deduce, que contar con amigos, escuchar sus consejos; y buscar orientación en la familia y seres cercanos, es un comportamiento aislado y marginal del estado de ánimo. Este descubrimiento deja claro la complejidad del comportamiento humano y su particular forma de afrontar escenarios estresantes, donde la individualidad juega un rol medular, tal como lo resalta Sandín y Chorot (2002) que entiende la capacidad de respuesta al estrés como respuestas específicas y singulares implementadas por el individuo ante las condiciones y exigencias intrapersonales, extra personales y las del ambiente. En ese sentido, al observar otros estudios de investigación, aparece un importante trabajo de los científicos Mayordomo et al. (2015) quienes, en 275 adultos mayores participantes, le otorgan mayor importancia a la estrategia Búsqueda de apoyo social. Estos investigadores manifiestan que, las mujeres y personas adultos mayores solteros, son quienes hacen uso regular forma la

búsqueda de apoyo social. De manera vinculante y explicativa, Stefani et al. (2011), luego de trabajar con 300 adultos mayores, establecen que, las condiciones específicas de vida, marcan de forma determinante, la naturaleza del afrontamiento en las personas de edad . Como una información divergente a este hallazgo, se presenta lo que encontró Bazán. (2013), este autor, concluye que existe relación entre depresión Buscar apoyo social, Expresión emocional abierta y Evitación.

El resultado final de esta exploración científica, establece una inexistente relación significativa entre la estrategia religión y depresión en el adulto mayor ($p>0.05$), por lo tanto, según lo expresado por los adultos mayores participantes, la tendencia a soportarse en las convicciones religiosas y espirituales, así como la búsqueda de la religiosidad como un camino para la salvación individual; constituye un comportamiento excluyente respecto a la depresión. Lo encontrado se llama atención y se relaciona con lo encontrado por De La Rosa et al. (2015) quienes resolvieron que la estrategia de afrontamiento de religión es la de más escasa utilización. Por otro lado, 'existen hallazgos que contradicen este extremo de la investigación; así, se pueden señalar a lo encontrado por Mayordomo et al. (2015) quienes encontraron relación significativa entre edad y religión, dejando constancia que la estrategia de afrontamiento de religión se muestra más consolidada con el paso de los años y la experiencia del envejecimiento.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Existe relación significativa entre ($p < 0,05$) Estilos afrontamiento del estrés y depresión.

Existe relación significativa ($p < 0,05$) entre Focalización en la solución del problema y la depresión en el adulto mayor.

Existe relación significativa ($p < 0,05$) entre la Autofocalización negativa y la depresión en el adulto mayor.

No existe relación significativa entre Reevaluación positiva y la depresión en el adulto mayor ($p > 0,05$).

Existe relación significativa entre la Expresión emocional abierta y la depresión en el adulto mayor ($p < 0,05$).

No existe relación significativa entre la Evitación y la depresión en el adulto mayor ($p > 0,05$).

No existe relación significativa entre Búsqueda de apoyo social y la depresión en el adulto mayor ($p > 0,05$).

No existe relación entre Religión y la depresión en el adulto mayor ($p > 0,05$).

5.2. Recomendaciones

Los resultados a los que arriba la presente investigación son los siguientes:

Se les recomienda continuar con sus actividades preventivos promocionales aplicando su plan estratégico de actividades para el para fortalecer su autoestima.

Mejorar las relaciones sociales evitando que los adultos mayores no se aíslen de la sociedad y eviten enfermedades que los convierta personas farmacodependientes.

Realizar talleres psicoeducativos referidos al estrés y depresión para identificar signos de depresión a corto plazo.

Realizar ejercicio físico para oxigenar su cerebro, fortalecer su cuerpo y evitar las caídas.

Capacitar al personal del puesto de salud para el buen trato y asistencia preferencial para los adultos mayores.

Coordinar con los servicios de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Psicología para brindar paquete integral de salud y preservar su bienestar físico y mental.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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, 2011*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Mayor de San Marcos.
- Barreda, D. (2012). Depresión y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista: IIPSI. Facultad de Psicología. Lima. Perú. Universidad Nacional*, 15(2), 203-216.
- Bazán, S. (2013). *Afrontamiento al estrés y depresión en el adulto mayor de un centro asistencial policlínico de Chiclayo*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Señor de Sipán.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2010). *Inventario de Depresión de Beck*. (2ª.ed). Buenos Aires: Paidós.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del Envejecimiento*. México: Thomson Editores.
- Bellorh, A., Sandin, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología*. (2ºed). España: Editorial Cristina Sánchez España.
- Berrío, N. y Mazo, R. (2011). Estrés académico. *Revista de Psicología*, 3(2), 66-82.
- Centro de Psicología Aaron Beck. (2018). Tratamiento psicológico de la depresión. *Revista de psicología*, 20(2), 45-49.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad*. (3ºed.). Mexico: Pearson Educación.
- De la Rosa, G., Chang, S., Delgado, L., Oliveros, L., Murillo, D., Ortiz, R., Vela, G. y Yuri, N. (2015). Niveles de estrés y formas de afrontamiento en estudiantes

- de medicina en comparación con estudiantes de otras escuelas. *Revista Permanyer*, 11(3), 443-449.
- Fierro, A. (1996). Estrés, afrontamiento y adaptación. *Revista de psicología*, 14(3), 9-38.
- Fontela, N. (2017). *Depresión y Estrategias de Afrontamiento al estrés en estudiantes de una universidad del distrito de Nuevo Chimbote*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Cesar Vallejo.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6°ed). México D.F.: McGraw-Hill - Interamericana Editores.
- Hernández, Z., Ehrenzweig, Y. y Navarro, A. (2009). Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la personalidad resistente en adultos mayores. *Revista de Psicología: Pensamientos Psicológicos*, 5(12), 13-27. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111899002>
- Inga, J. y Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Revista de psicología: Univ. Psydhon*, 5 (3), 47-52.
- Instituto Nacional Estadística e Informática. (2018). Indicadores en adulto mayor. *Revista Inei*. 2. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informetecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf
- Irarrázabal, N. (2012). *Evaluación de sintomatología depresiva y Ansiosa en los estudiantes de Medicina de la universidad de Chile*. [Tesis de licenciatura]. Universidad de Chile.

Lupien, S. (15 de setiembre 2011). *La receta para el estrés-neurociencia*. [Archivo de video]. Youtube.

<https://www.youtube.com/watch?v=tnAYhBeWAjc&t=589s>

Mae, S. (2014). Estrés y evaluación cognitiva. *Revista de psicología*, 3(2), 35-40.

<https://explorable.com/es/el-estres-y-la-evaluacion-cognitiva>

Mayordomo, R., Sales, A., Satorres, E., y Blasco, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Revista de psicología: Escritos de psicología.*, 8(3)1-8.

Melendez, C., Tomas, J. y Navarro, E. (2011). Actividades de la Vida Diaria y Bienestar y su relación con la Edad y el Genero en la Vejez. *Revista de psicología: Anales de Psicología.*, 27(1), 164-169.

Montenegro J. y Santiesteban Y. (2016). *Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado 'Los coronados' de Mochumí. Lambayeque. Perú*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Señor de Sipán.

National Institute of Mental Health. (2017). Las personas mayores y la depresión. *Revista psicológica: The National Institute of Mental Health.* 13(2), 56-64.

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personasmayores-y-la-depresion/index.shtml>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Panamericana de la salud. (2005). *La salud mental y los adultos mayores*.

https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=613:recursos-humanos-adulto-mayor&Itemid=719

- Rojas, Y. (2016). *Resiliencia y afrontamiento del estrés en estudiantes de una institución educativa secundaria, Chiclayo 2016*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Señor de Sipán.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2002). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). *Revista de psicología y Psicología Clínica*. 8(1), 39-54.
- Stefani, D., Feldberg, C., Tartaglini, M., Hermida, P., Ofman, S., y Cófreces, P. (2011). Estrés mecanismos de afrontamiento y participación social en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina. *Revista de psicología: Investigaciones en psicología.*, 16(3), 117-135.
- Vásquez, C., Hervás, G., Hernán, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de Investigación Psicología Conductual. *Revista de psicología*, 18(1) ,139-165.

ANEXOS

ANEXO 1

CAE

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre: _____

Edad : _____

Sexo : _____

Instrucciones: *Rodeé con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican...* piense en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [aproximadamente durante el pasado año].

Nunca	0	Pocas veces		A veces	2	frecuentemente	3	Casi siempre	4
-------	---	-------------	--	---------	---	----------------	---	--------------	---

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de Estrés?

01	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.					
02	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal.					
03	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.					
04	Descargué mi mal humor con los demás.					
05	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.					
06	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía.					
07	Asistí a la iglesia.					
08	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos					

	bien pensados.					
09	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas.					
10	Intenté sacar algo positivo del problema.					
11	Insulté a ciertas personas.					
12	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.					
13	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema.					
14	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.).					
15	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo.					
16	Comprendí que yo fui el principal causante del problema.					
17	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.					
18	Me comporté de forma hostil con los demás.					
19	Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema.					
20	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.					
21	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema.					
22	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.					

23	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.					
24	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes.					
25	Agredí a algunas personas.					
26	Procuré no pensar en el problema.					
27	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.					
28	Tuve fe en que Dios remediaría la situación.					
29	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.					
30	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema.					
31	Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga».					
32	Me irrité con alguna gente.					
33	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.					
34	Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.					
35	Recé.					
36	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.					
37	Me resigné a aceptar las cosas como eran.					
38	Comprobé que, después de todo, las cosas podían					

	haber ocurrido peor.					
39	Luché y me desahogué expresando mis sentimientos.					
40	Intenté olvidarme de todo.					
41	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos.					
42	Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar.					

ANEXO 2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones

“Este es un cuestionario. En él hay grupos de afirmaciones. Leerá uno de estos grupos. Después elija la afirmación en ese grupo que describa mejor cómo se ha sentido en la **última semana**, incluyendo **hoy**”.

1) Tristeza

0. No me siento triste.
1. Me siento triste gran parte del tiempo.
2. Estoy triste todo el tiempo.
3. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2) Pesimismo

0. No estoy desalentado respecto de mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mí.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puedo empeorar.

3) Fracaso

0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
2. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4) Pérdida de placer

0. Obtengo placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía Hacerlo.
2. Obtengo muy Poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
3. No Puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5) Sentimiento de Culpa

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

6) Sentimiento de castigo

0. No siento que estoy siendo castigado.
1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7) Disconformidad con Uno Mismo

0. Siento de mí lo mismo que siempre.
1. He perdido la confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusto a mí mismo.

8) Autocrítica

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.

1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9) Pensamientos o Deseos Suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
1. He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría.
2. Querría matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10) Llanto

0. No lloro más de lo habitual.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier pequeñez.
3. Siento Ganas de llorar pero no puedo.

11) Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12) Perdida de Interés

0. No he perdido interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13) Indecisión

0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2. Encuentro mucho más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14) Desvalorización

0. No siento que yo no sea valioso.
1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3. Siento que no valgo nada.

15) Pérdida de Energía

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16) Cambio en los Hábitos de Sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1^b. Duermo un poco menos que lo habitual
- 2^a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2^b. Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3^a. Duermo la mayor parte del día.
- 3^b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17) Irritabilidad

0. No estoy más irritable que lo habitual.
1. Estoy más irritable que lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3. Estoy irritable todo el tiempo.

18) Cambio en el Apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es muy poco menos que lo habitual.
- 1^b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2^a. Mi apetito es mucho menos que antes.
- 2^b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3^b. Quiero comer todo el tiempo.

19) Dificultad de Concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20) Cansancio o Fatiga

0. No estoy tan más cansada o fatigada que lo habitual.
1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2. Estoy demasiado fatigado o cansada para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21) Pérdida de interés en el Sexo.

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexual.

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SERVICIOS DE SALUD CHICLAYO
PUESTO DE SALUD SANTA ANA

"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

AUTORIZACIÓN

YO LISSY KARINA CABRERA DIAZ JEFA DEL PUESTO DE SALUD SANTA ANA.

Brindo facilidades necesarias a la alumna del XI ciclo de la universidad SEÑOR DE SIPAN de la carrera de PSICOLOGÍA para aplicar su test para su proyecto de investigación:

Estrategia afrontamiento de estrés y depresión en adultos mayores que se atienden en el puesto de salud santa ana del distrito de J.L.O del distrito de chiclayo 2017.

A la población de adultos mayores que se atienden en el puesto de salud de SANTA ANA.

Atentamente



Chiclayo, 31 de octubre del 2017

"Salud nueva Actitud"

Calle San Martín 265 P.J. Santa Ana – José Leonardo Ortiz –Telef.: 495894
E mail: pssantaana@geresalambayecue.gob .pe

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....,
acepto participar de forma voluntaria en la investigación titula “ESTRATEGIA AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN EL PUESTO DE SALUD SANTA ANA DEL DISTRITO DE JLO. 2017”.

Realizada por la estudiante de Psicología de la Universidad Señor de Sipán; estando de acuerdo con la utilización de los datos para los fines de la investigación.

Declaro que se me informó de los siguientes aspectos:

1. La participación será voluntaria y la utilización de los datos será solo para fines de la investigación.
2. La información obtenida será tratada bajo absoluto secreto, anonimato y fielmente cuantificada por la investigadora.
3. La investigadora estará disponible para cualquier aclaración que sea necesaria respecto al asunto abordado.
4. El participante tendrá derecho de retirar el consentimiento cuando lo desee.

Confiando plenamente que todo lo expresado en esta encuesta será de estricta confidencialidad entre encuestado y la investigadora.

Chiclayo,.....de.....del 2017.

Entrevistador

Entrevistado