Universidad Nacional de Loja

Facultad de Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

Depresión y Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Enfermedades Crónicas del Centro de Salud N. 3 de Loja, 2022

Trabajo de Titulación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

AUTOR:

Jonathan Raúl Sarango Sánchez

DIRECTOR:

Psic. María Paula Torres Pozo. Mgtr.

Loja - Ecuador

2022

Educamos para Transformar

Certificación

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

CERTIFICACIÓN

Loja, 16 de septiembre de 2022

Doctora
Psic. María Paula Torres Pozo. Mgtr.
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Titulación: **"Depresión y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N.3 de Loja, 2022"** de la autoría de **Jonathan Raúl Sarango Sánchez,** con **C.I 1105614828**; previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico; el mismo cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho Trabajo de Titulación se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,

Firmado electrónicamente por:
MARIA PAULA TORRES POZO

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.
C.I 1102762810
maria.p.torres.p@unl.edu.ec
DIRECTORA DEL TT.
c.c.: Archivo

Autoría

Yo, Jonathan Raúl Sarango Sánchez, declaro ser autor del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación en el Repositorio Digital Institucional- Biblioteca Virtual.

Firma:

Cedula de identidad: 1105614828
Fecha: 06/12/2022
Correo electrónico: jrsarangos@unl.edu.ec
Celular: 0993649030

Carta de autorización por parte del autor, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Titulación.

Yo, **Jonathan Raúl Sarango Sánchez**, declaro ser autor del Trabajo de Titulación titulado: **Depresión y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N. 3 de Loja, 2022**, como requisito para optar el título de **Psicólogo Clínico**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los seis días del mes de diciembre del año 2022.

Firma:

Autor: Jonathan Raúl Sarango Sánchez

Cedula: 1105614828

Dirección: Miraflores bajo, calles: Nicolasa Jurado y Shyris entre Mercadillo

Correo electrónico: jrsarangos@unl.edu.ec

Celular: 0993649030

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Trabajo de Titulación: Psic. María Paula Torres Pozo. Mgtr

Tribunal de grado:

Presidenta: Dra. Anabel Larriva Borrero

Vocal: Psc. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz

Vocal: Psc. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes

Dedicatoria

El presente trabajo investigativo está dedicado principalmente a Dios, quien ha guiado mis pasos y sobre todo por el hecho de haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi compañía y motivación a cada instante, en especial en los momentos difíciles que se han presentado a lo largo de todo este proceso de crecimiento tanto profesional como personal.

A mis queridos padres quienes han sido pilar fundamental, que desde siempre me ofrecieron cariño e instruyeron en mí buenos valores y principios y por haberme apoyado incondicionalmente durante toda mi educación haciendo muchos esfuerzos para que mi persona tenga lo necesario, y de esta manera lograr mis metas, siendo esta una de ellas.

A mis hermanos quienes, con ese amor fraternal, también me apoyaron durante todas las etapas de mi formación colaborando en el cumplimiento de mis objetivos, ya que siempre estuvieron animándome en cada momento de vulnerabilidad.

A cada uno de ellos con mucha convicción del deber cumplido, es por y para ustedes.

Jonathan Sarango

Agradecimiento

Al término del presente trabajo manifiesto mi agradecimiento eterno a la Universidad Nacional de Loja, paradigma en la formación de la juventud, por haberme acogido como estudiante y en sus aulas propiciar los espacios adecuados para mi desarrollo profesional. La gratitud sincera a cada uno de los docentes de la Carrera de Psicología Clínica por haberme entregado ciencias y experiencias que me conceden la seguridad de dotar lo aprendido, orientando mi voluntad, capacidad y afán de servicio al prójimo. De igual manera mi correspondencia sincera a la Psic. María Paula Torres Pozo. Mgtr., quien, con acierto y entrega desinteresada, guio y dirigió la presente tesis sin el más mínimo atisbo de egoísmo y que con sus orientaciones apropiadas contribuyó en el culmen del desarrollo del presente trabajo. También al Ingeniero Eduardo Gonzáles que con su ayuda y sus conocimientos me ayudo con los resultados de mi tesis. En fin, a todos quienes de una u otra manera contribuyeron con su granito de arena en el desarrollo de la investigación realizada, facilitando llegar al término de este proyecto investigativo, a nuestra sociedad en general, siendo el motor que impulsa a este incansable afán de servir y contribuir a su consolidación desde cada campo en el que nos formamos.

Jonathan Sarango

Índice de contenidos

Certificación ..... **ii**
Autoría iii
Carta de autorización iv
Dedicatoria v
Agradecimiento vi
Índice de contenidos vii
Índice de Tablas ix
Índice de Figuras x
Índice de Anexos xi
1. **Titulo** 1
2. **Resumen** 2
2.1. Abstract 3
3. **Introducción** 4
4. **Marco Teórico** 7
4.1. Capítulo I: DEPRESIÓN 7
4.1.1. Antecedentes Históricos 7
4.1.2. Definición 7
4.1.3. Incidencia y prevalencia 8
4.1.4. Características de la depresión 9
4.1.5. Causas de la depresión. 9
4.1.6. Consecuencias de la depresión 10
4.1.7. Tipos de depresión 11
4.1.8. Síntomas de la depresión 11
4.1.9. La depresión según el CIE-10 12
4.1.10. Niveles de depresión 16
4.1.11. Factores de riesgo 16
4.1.12. Tratamiento antidepresivo 17
4.1.13. Psicoterapia 17
4.1.14. Los fármacos antidepresivos 18
4.1.15. Plan de seguimiento 18
4.2. Capitulo II: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO 19

4.2.1. Definición de afrontamiento 19
4.2.2. Definición de estrategias de afrontamiento 19
4.2.3. Clasificación de las estrategias de afrontamiento 19
2.1.1 Las estrategias secundarias: 20
4.2.4. El Afrontamiento en las enfermedades crónicas 21
4.3. Capitulo III: ENFERMEDADES CRÓNICAS 23
4.3.1. Definición 23
4.3.2. Diabetes 23
4.3.3. Hipertensión arterial 25
4.3.4. Hipotiroidismo 28
5. **Metodología** 32
5.1. Área de estudio 32
5.2. Tipo de estudio 32
5.3. Población y muestra 32
5.4. Procedimiento y análisis de datos 32
5.5. Criterios de inclusión 33
5.6. Criterios de exclusión 33
5.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 33
5.7.1. Descripción de la ficha sociodemográfica 33
5.8. Fuentes de información 35
5.9. Consideraciones éticas 35
5.10. Consentimiento informado 36
5.11. Procedimiento por objetivos 36
5.12. Equipos y materiales 36
6. **Resultados** 38
7. **Discusión** 50
8. **Conclusiones** 52
9. **Recomendaciones** 53
10. **Bibliografía** 54
11. **Anexos** 59

Índice de Tablas

Tabla 1 Relación entre depresión y estrategias de afrontamiento 38

Tabla 2 Tabla de correspondencia entre la depresión y estrategias de afrontamiento 39

Tabla 3 Niveles de depresión en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N.º 3 de Loja 41

Tabla 4 Estilos de afrontamiento 42

Índice de Figuras

Figura 1.....40

Índice de Anexos

Anexo 1. Aprobación del proyecto de tesis. 59

Anexo 2. Certificado del resumen traducción al inglés......60

Anexo 3. Certificado de tribual de grado......61

Anexo 4. Consentimiento informado del Inventario de depresión de Beck.....62

Anexo 5. Consentimiento informado del Inventario de estrategias de afrontamiento 63

Anexo 6. Instrumentos 64

Anexo 7. Fotografías.....75

1. Titulo

Depresión y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N. 3 de Loja, 2022.

2. Resumen

La depresión es una enfermedad caracterizada por tristeza persistente, pérdida de interés en actividades y la incapacidad para llevar a cabo tareas cotidianas en donde las personas suelen utilizar estrategias de afrontamiento, las cuales resuelven problemas a nivel individual o social. El objetivo del presente estudio fue establecer la relación entre la depresión y las estrategias de afrontamiento. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal, con enfoque cuantitativo-cualitativo, en una muestra de 70 pacientes con enfermedades crónicas pertenecientes al centro de salud N. 3 de la ciudad de Loja. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI. En los niveles de depresión se obtuvo como resultado que el 42,9% de pacientes presentan depresión ausente, el 27,1% depresión leve, el 21,4% depresión moderada y el 8,6% depresión grave. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se refleja que los pacientes con depresión ausente, aplican la resolución de problemas en un 17,1%, seguido de los pacientes con depresión leve quienes optan por el pensamiento desiderativo en un 8,5%, coincidiendo de estrategia de afrontamiento en pacientes con depresión moderada en un 10% y en pacientes con depresión grave en un 4,3%. Para los resultados se utilizó el Tau-c de Kendall, donde se obtuvo el 0,070, interpretándose como una correlación positiva débil; en cuanto al p valor de 0,461, nos indica que la relación estadística no es significativa, procediéndose a establecer relaciones inter categorías de las variables.

Palabras clave: Depresión, Enfermedades Crónicas, Estrategias De Afrontamiento

2.1. Abstract

Depression is a disease characterized by persistent sadness, loss of interest in activities and inability to perform daily tasks where people often use coping strategies, which solve individual or social problems. The aim of this study was to establish the relationship between depression and coping strategies. The methodology used was descriptive, correlative and cross-sectional type, with a quantitative-qualitative approach, the sample was 70 patients with chronic diseases belonging to the health center N. 3 of the city of Loja. The instruments applied were the Beck Depression Inventory and the CSI Coping Strategy Inventory. Depression levels resulted in 42.9% of patients having absent depression, 27.1% mild depression, 21.4% moderate depression and 8.6% severe depression. Regarding coping strategies, it is reflected that patients with absent depression, apply problem solving in 17.1%, followed by patients with mild depression who opt for desiderative thinking in 8,5%, matching coping strategy in patients with moderate depression by 10% and in patients with severe depression by 4.3%. For the results, the Kendall's Tau-c was used, where 0.070 was obtained, interpreting it as a weak positive correlation; regarding the p value of 0.461, it indicates that the statistical relationship is not significant, proceeding to stablish inter-category relationships of the variables.

Keywords: Depression, Chronic Diseases, Coping Strategies

3. Introducción

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. Algunas investigaciones indican que el riesgo genético para la depresión es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto con factores ambientales y otros factores de riesgo. Existe evidencia de que la depresión predispone al ataque cardíaco y la diabetes, lo que a su vez aumenta la probabilidad de padecer depresión. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros adoptaron el Plan de Acción sobre Salud Mental para orientar las intervenciones de salud mental en las Américas de 2015 a 2020. Los trastornos mentales y de abuso de sustancias son muy frecuentes, contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones y la mortalidad prematura, y aumentan el riesgo de otras afecciones médicas (Organizacion Panamericana de Salud, 2021).

Las estimaciones de este organismo indican que 300 millones de personas viven con depresión en el planeta, afecta más a mujeres que a hombres, en mayor número a personas de 60 a 64 años de edad y es la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad. Se estima que cerca de 50 millones de personas en la región de las Américas viven con depresión, casi un 17% más que en el 2005. En un reporte realizado sobre depresión y otros trastornos mentales comunes, la OMS señala que más del 80% de la depresión en el mundo se encuentra en países de ingresos bajos y medios. Para América Latina y el Caribe la depresión mayor se estima en más de 21 millones de personas. En el Ecuador, la depresión afecta en mayor medida a las mujeres. De las atenciones ambulatorias que registra el Ministerio de Salud Pública, el número de casos de ellas triplica a los de los hombres. Los datos más recientes que se tienen corresponden a 2015. En ese año, hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión; 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres. De acuerdo con las cifras de egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de 2015, en Ecuador ese año existieron 3.406 hospitalizaciones relacionadas con casos de depresión (Ministerio de Salud Publica, 2022).

En un estudio ejecutado por Garcés y Armijos (2017), en la Unidad Educativa Emiliano Ortega Espinoza del Cantón Catamayo, provincia de Loja, desde julio a diciembre

del 2016, se presentó como objetivo general, determinar la prevalencia de los factores de riesgo para enfermedades crónicas, obteniéndose como resultados de los factores de riesgo biológicos, que el 21,29% de la población estudiada presentó una presión arterial alterada, el 2,58% presión arterial alta, el 12,9% sobrepeso, el 5% obesidad, el 14,84% valores alterados de colesterol y altos un 4,52%, finalmente en valores alterados de lípidos el 12,26% y altos en 5,81%.

El presente trabajo investigativo pretende resaltar algunos aspectos significativos sobre la importancia de la salud mental con los pacientes que padecen enfermedades crónicas. El objetivo general está enfocado en establecer la relación de la depresión y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N. 3 de la ciudad de Loja. Para lograr cumplir con este objetivo se planteó los siguientes objetivos específicos: a) Evaluar los niveles de depresión en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N. 3 de Loja., b) Identificar los estilos de afrontamiento de los pacientes diagnosticados con depresión del centro de salud N. 3, c) Diseñar un plan de intervención psicoterapéutico para pacientes diagnosticados con depresión del centro de salud N. 3 de Loja. La pregunta de investigación planteada es: ¿Cuál es la relación entre la depresión y las estrategias de afrontamiento en los pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N.3 de Loja?

En cuanto a la estructura, se ha dividido el marco teórico en tres capítulos: 1) Depresión, que abarca los siguientes temas: Antecedentes históricos, definición, incidencia y prevalencia, características de la depresión, causas de la depresión, consecuencias de la depresión, tipos de la depresión, síntomas de la depresión, la depresión en el CIE-10, niveles de la depresión, factores de riesgos y finalmente tratamientos antidepresivos. 2) Estrategias de afrontamiento, el cual contiene las siguientes temáticas: Definición de afrontamiento, definición de estrategias de afrontamiento, clasificación de las estrategias de afrontamiento, tipos de estrategias de afrontamiento, el afrontamiento en las enfermedades crónicas. 3) Enfermedades crónicas, integrado por las siguientes temáticas: Definición, diabetes, síntomas de la diabetes, tipos de diabetes, causas de diabetes tipo 1, causas de diabetes tipo 2, causas de diabetes gestacional, hipertensión arterial, su definición, factores de riesgo de hipertensión arterial, síntomas de la hipertensión arterial, tipos de la hipertensión alta, hipotiroidismo, definición, síntomas de hipotiroidismo, causas del hipotiroidismo, factores de riesgo.

Frente a la recolección de datos, se lo realizó mediante la aplicación del Inventario de depresión de Beck y el Inventario de estrategias de afrontamiento CSI; la tabulación de los datos obtenidos se lo llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS versión 26.

4. Marco Teórico

4.1. Capítulo I: DEPRESIÓN

4.1.1. Antecedentes Históricos

En los tiempos prehistóricos, las causas de los trastornos mentales estaban influidos por la creencia universal en fenómenos sobrenaturales, específicamente en la influencia de los espíritus. Hipócrates, aproximadamente en el año 450 A.C., acuño el termino melancolía (bilis negra) para denotar la depresión, siendo esta la primera alusión científica y realizando las primeras referencias. Las enfermedades mentales giraban alrededor de la interacción de cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema) que eran resultado de la combinación de cuatro cualidades básicas de la naturaleza (calor, frio, humedad y sequedad) marcados por Hipócrates. A finales del siglo XIX, Kraepelin (1896) en su trabajo sobre las enfermedades mentales, agrupa y clasifica todos los síndromes depresivos y fue el primero en considerar que la depresión y la manía formaban parte de una misma enfermedad. (Carlos, 2002)

Para los hipocráticos de los siglos V y VI A.C., eso que llamamos ahora depresión se denominaba melancolía y estaba definido ya por el conjunto de "aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad" al que se sumaba un ánimo triste característico. En diferentes textos hipocráticos, a esta tristeza se le añadió pronto otro síntoma fundamental: el miedo, de forma que el concepto clásico de melancolía estaba ligado al de una asociación entre estas dos pasiones (tristeza y miedo). (Jesús, 2005)

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluido un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión, En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (Organizacion Mundial de la Salud, 2021)

4.1.2. Definición

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos, y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base, como el cáncer, enfermedad cerebro

vascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias.

Según la quinta edición del ¨Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders¨ (DSM-5), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales. (Cid, 2021)

Según la clasificación de enfermedades mentales de los episodios depresión del CIE-10, menciona "En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. (PsicoActiva, 2004)

La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales. La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos. (Guiasalud.es, 2019)

4.1.3. Incidencia y prevalencia

Se estima que la incidencia de casos nuevos por año es de aproximadamente 15%, cabe destacar que la depresión mayor tuvo un incremento importante de la incidencia en personas con antecedentes de algún grado de depresión a lo largo de su vida en comparación con personas sin antecedente. En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados. En Perú, se reporta 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados (17) y 9,8% en la comunidad. En Colombia, un estudio en pacientes ambulatorios encontró depresión en 11,5% de mujeres y 4% de hombres. En Ecuador, de acuerdo con proyecciones del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y censos (INEC), viven 1 229 089 adultos mayores con una proporción de mujeres de 53% y un índice de feminidad de 115. Se han realizado pocos estudios, la mayor parte de ellos en adultos mayores hospitalizados o residentes de asilos. Un estudio en pacientes residentes en asilo encontró depresión en 70%. No se encontraron estudios en la comunidad ni en pacientes afiliados a la seguridad social o jubilados, excepto la prevalencia de depresión de 39% reportada en la encuesta SABE. El

proyecto Atahualpa, estudio realizado en una población marginal de la Sierra, en 280 personas mayores de 60 años, encontró una prevalencia de depresión de 12% y una asociación importante con deterioro cognitivo. (Diego, 2018)

4.1.4. Características de la depresión

La de depresión se caracteriza por estar vinculada por una serie de síntomas que producen gran malestar y afectan negativamente a diferentes áreas del individuo. Por un lado, están:

4.1.4.1. Los síntomas anímicos

Donde, por supuesto, incluimos un bajo estado de ánimo, pero también irritabilidad, incapacidad para sentir (que sería como una anestesia afectiva), abatimiento, inquietud, pesadumbre, culpabilidad, sensación de vacío o incluso, angustia y ansiedad.

4.1.4.2. Los síntomas motivacionales y conductuales

Como la apatía y la anhedonia, que junto con los síntomas anímicos son el núcleo de la depresión. La apatía es la pérdida de interés y motivación, e incluso la indiferencia, ante los estímulos que nos rodean. La anhedonia es la incapacidad de disfrutar o la pérdida de placer, que se nota especialmente ante actividades que antes sí se disfrutaban. Esto se observa como un estado general de inhibición. (Centro psicologico terparias ágora, 2022)

4.1.5. Causas de la depresión.

4.1.5.1. Factores genéticos

No hay un gen específico conocido que cause depresión. Lo más probable es que haya varios o más genes que, si lo heredas de alguno de tus padres biológicos, aumentarán su riesgo en un 20% a 30% mayor que la persona promedio, que tiene un riesgo de 10%. Un estudio de gemelos de 2009 en el Registro de Gemelos de la Universidad de Washington estimó que la heredabilidad de la depresión es de 58% entre 1,064 parejas de gemelos. La heredabilidad se refiere a cuánto representan sus genes los diferentes rasgos. Dichos estudios a menudo se usan porque los gemelos idénticos tienen los mismos genes, eliminando genes como una variable. (Honah, 2022)

4.1.5.2. Factores fisiológicos.

La depresión está relacionada con la disminución de un neurotransmisor llamado serotonina, concretamente en las dendritas que transmiten los impulsos del axón de una neurona hasta el soma de otra. Por esta razón los psiquiatras emplean en ocasiones un grupo de fármacos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, cuya función,

principalmente, es aumentar la predisposición de los niveles serotonérgicos de los pacientes con depresión. Entre otras causas se encuentran las alteraciones endocrinas, estas son otra de las causas más frecuentes con las cuales se asocia la depresión, entre las cuales destacan la diabetes y el hipertiroidismo.

4.1.5.3. Factores personales

Está comprobado que la prevalencia de esta enfermedad es significativamente superior en el caso de las mujeres, sobre todo durante el embarazo y el posparto (DPP) debido a las variaciones hormonales. En medicina se denomina baby blues a la alteración leve en el estado de ánimo de la madre, con síntomas depresivos leves. Se manifiesta por falta de concentración, ansiedad, tristeza, pero sobre todo por una inestabilidad del humor con gran tendencia al llanto. La edad también es un factor determinante. El periodo comprendido entre los 35 y los 45 años, es el de más incidencia de esta enfermedad. Aunque también cabe destacar la depresión en menores, principalmente en el periodo de la pubertad y la adolescencia, edad en la cual experimentamos cambios hormonales muy importantes a la vez que psicológicamente nos definimos como personas.

4.1.5.4. Factores ambientales

Se consideran causas ambientales todos aquellos estímulos externos que influyen en la persona y que pueden actuar como catalizadores de la depresión. Situaciones negativas, familiares y/o laborales, pueden producir estrés y desencadenar en depresión, especialmente si la persona tiene un historial de dependencia etílica o de consumo de drogas. (Marc, 2021)

4.1.6. Consecuencias de la depresión

Las consecuencias de la depresión pueden darse en tres grandes áreas: psicológica, física y social. La principal consecuencia es la tristeza, sensación de vacío o ganas de llorar. De la misma manera que aparece tristeza y desmotivación, puede provocar también dificultades a nivel social, disminuyendo la relación con otras personas y aumentando el aislamiento. También puede rebajar la capacidad de disfrutar de lo que uno hace en la vida, de su día a día. Finalmente, los problemas físicos como dolores, alteraciones del sueño, ansiedad e inquietud o sentimientos de culpabilidad, así como dificultades para concentrarse. (Perez, 2020)

4.1.7. Tipos de depresión

4.1.7.1. Trastorno depresivo mayor

Es un trastorno del estado de ánimo. Se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un largo período de tiempo. También cambia la manera en la que funciona el cuerpo. (Medline Plus, 2022)

4.1.7.2. Distimia

Es un tipo de depresión leve, crónica, continua y persistente. Este tipo de trastorno tiene unos síntomas menos severos que la depresión, pero suelen ser mucho más persistentes y prolongarse en el tiempo hasta volverse crónicos. Tiene una duración superior a dos años en adultos y un año en menores, se caracteriza por una serie de síntomas vegetativos o somáticos como despertar horas antes de lo habitual, importante pérdida de peso, perder el interés en las actividades diarias, alteraciones en las funciones sociales. (Cuideo, 2021)

4.1.7.3. Trastorno ansioso depresivo

Es la combinación los síntomas de la ansiedad y la depresión y se caracteriza por un gran dolor emocional, bajo estado de ánimo, baja autoestima, pérdida de interés o capacidad de disfrutar y una angustia o preocupación irracional. (Susana, 2022)

4.1.7.4. Depresión atípica

Se caracteriza por gran reactividad del estado de ánimo a situación diversas, con marcada ansiedad y síntomas depresivos" invertidos": empeoramiento por las tardes, aumento de apetito e hipersomnia. (Psicodex, 2016)

4.1.7.5. Trastorno bipolar

Los Trastornos Bipolares son un grupo de trastornos afectivos caracterizados por la presencia de episodios reiterados en los que se alterna el ánimo deprimido con episodios de exaltación (euforia, hiperactividad, etc.) (Portal de salud, 2018)

4.1.7.6. Depresión psicótica

Cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, como ruptura con la realidad, alucinaciones o delirios. (Julio, 2015)

4.1.8. Síntomas de la depresión

4.1.8.1. Síntomas afectivos

Tristeza patológica tiene cualidad negativa, y se expresa como pena, vacío, desesperación, y en casos extremos como falta de sentimientos. En algunas ocasiones puede quedar oculta por otros síntomas. Anhedonia es la dificultad para obtener

recompensa grata de aquello que resultaba placentero. Ansiedad secundaria a depresión, representa miedo intenso e injustificado a que ocurra algo malo y temible, obliga a un continuo estado de alerta, desasosiego y desesperación, que impulsa a pedir ayuda. Irritabilidad, aparece como reacciones de conductas violentas, injustificadas y desproporcionada, conduce al aislamiento social. Disforia, es una sensación difusa de malestar general, una mezcla de sentimientos negativos: malhumor, angustia, ansiedad, irritabilidad. Apatía, que el paciente manifiesta como indiferencia total.

4.1.8.2. Síntomas cognitivos

Alteraciones del pensamiento, curso lento, indeciso y monótono, con dificultad para concentrarse y discurrir. El contenido del pensamiento está invadido por ideas negativas de ruina, inutilidad, pesimismo o culpa que conducen a la desesperación. Son distorsiones del entorno (que depara malos augurios) y de uno mismo (como persona indigna). Pueden aparecer ideas recidivantes de muerte o de suicidio. Alteraciones cognoscitivas, asociadas o no a cuadros de demencia en ancianos y ocasionalmente en jóvenes. En general traducen peor pronóstico. Se presentan como desorientación, alteraciones de memoria, de la capacidad de aprendizaje y de la atención. (López, 2006)

4.1.8.3. Síntomas conductuales

Se caracteriza por las alteraciones a nivel del comportamiento como por ejemplo pobre iniciativa de lenguaje, conducta agresiva, aislamiento social, disminución en el rendimiento. (Joseph, 2019)

4.1.9. La depresión según el CIE-10

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE). La clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) clasifica los episodios depresivos dentro de los Trastornos del Humor (afectivos), correspondiente a los

Códigos integrados en F30 - F39 en este caso nuestros sujetos de estudio se ubican en las categorías F32 Episodio depresivo y F33 Trastorno depresivo recurrente; la primera se subdivide a su vez en:

4.1.9.1. F32 Episodio depresivo

(OMS, 2000) En los episodios depresivos típicos el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse esta reducida y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas, e incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa e inutilidad. Puede estar acompañado de síntomas somáticos: perdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

4.1.9.2. F32.0 Episodio depresivo leve

Suelen estar presentes dos o tres síntomas (anotados antes en F32). El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

A) Debe cumplirse con los criterios generales del episodio depresivo (F32)
B) Presencia de, por lo menos dos de los tres síntomas siguientes:
    1. Humor depresivo hasta un grado altamente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.
    2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
    3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad
C) Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos cuatro:
    1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima
    2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada

3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida
4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito con el correspondiente cambio de peso.

4.1.9.3. F32.1 Episodio depresivo moderado

Normalmente están presentes cuatro o más de los síntomas (anotados antes en F32) y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32)

B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas

4.1.9.4. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Episodio depresivo en el que varios de los síntomas descritos anteriormente son marcados y afectan al paciente; son típicas la perdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas “somáticos”.

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32)

B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos ocho síntomas

D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas, no presentar síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes que cumplan con los criterios de episodios hipomaniaco (F30), el episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (F00-F09). siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

1. Estado de ánimo bajo.
2. Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar.
3. Aumento de la fatigabilidad.

Para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático (OMS, 2000), deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes actividades que normalmente eran placenteras
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional
3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación
6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
8. Notable disminución de la libido.

4.1.10. Niveles de depresión

4.1.10.1. Depresión leve

Presenta baja del estado de ánimo y dos o tres manifestaciones más, como fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, de la atención o concentración. Pero no afecta sus actividades de la vida diaria.

4.1.10.2. Depresión moderada

Presenta baja del estado de ánimo de forma importante, asociado a llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones del sueño, del apetito. Pensamientos de que "no vale nada", "todo le sale mal", aislamiento familiar o social. También se puede asociar ansiedad, nerviosismo. Se diferencia de la depresión leve porque afecta las actividades de la vida diaria. (Instituto Mayor de Salud Social de Mexico, 2016)

4.1.10.3. Depresión severa

Los síntomas son más intensos, además pueden presentarse algunas manifestaciones que son más típicas de la psicosis, los pacientes pierden contacto con la realidad presentando delirios y puede incluirse alucinaciones en algunos casos. (Joseph, 2019)

4.1.11. Factores de riesgo

- **Sexo**: Es más frecuente entre las mujeres de edades entre los 12 y los 55 años, sin diferencias fuera de este intervalo de edad.
- **Edad:** Es más habitual en personas de entre 18 y 44 años. Según la edad existen diferencias respecto a los síntomas más habituales. Por ejemplo, en los niños son más frecuentes las quejas físicas (dolor de cabeza, dolor abdominal), la irritabilidad y el aislamiento social, mientras que en los adolescentes se asocia a trastornos de conducta, trastornos de la conducta alimentaria y abuso de sustancias. En personas mayores suelen ser frecuentes las quejas físicas y los síntomas cognitivos (sensación de pérdida de memoria, falta de atención y concentración).
- **Estado civil**: Es más frecuente en personas con un estado civil de soltería, separación o divorcio.
- **Consumo de sustancias**: El consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, incluso en cantidades moderadas, es un factor de riesgo.
- **Comorbilidad**: Padecer otros trastornos mentales puede predisponer también a la depresión, como los trastornos de ansiedad. Por otro lado, las enfermedades físicas,

como la migraña, las enfermedades cardíacas, la diabetes, los problemas tiroideos y otras enfermedades endocrinas, pueden aumentar el riesgo de depresión. (Salud mental 360, 2022)

- **Factores sociales**: Vivir situaciones estresantes crónicas, la falta de recursos económicos y de apoyo familiar o estar en situación de desempleo. Las personas de grupos socioeconómicos más desfavorecidos tienen mayor riesgo de depresión. (Salud mental 360, 2022). El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida. En China se encontró una prevalencia de 36,94% en ancianos abandonados de zonas rurales. (Diego, 2018)
- **Factores psicológicos y acontecimientos adversos:** Haber sufrido experiencias traumáticas durante la infancia puede predisponer a algunos trastornos mentales, entre ellos, la depresión. Los acontecimientos vitales adversos, como los problemas familiares, de pareja o en el trabajo, aunque no se consideran necesarios ni suficientes para provocar una depresión como tal, cuando se suman y se mantienen en el tiempo, pueden generar estrés y ansiedad, y llegar a afectar al estado de ánimo. Determinados rasgos de personalidad, así como la tendencia a tener pensamientos negativos, también pueden constituir un factor de riesgo.
- **Factores genéticos:** Los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general. Esta proporción también es importante en los de segundo grado. (Salud mental 360, 2022)

4.1.12. Tratamiento antidepresivo

En la actualidad existe varios métodos y tratamientos eficaces para sobrellevar la depresión que pueden ayudar significativamente a las personas afectadas. Cada tratamiento en un proceso individualizado especialmente para las personas mayores que no solo depende de la gravedad de la depresión sino también de las preferencias de la persona.

4.1.13. Psicoterapia

Es un tratamiento eficaz para depresiones menos graves. La psicoterapia es un tratamiento: es una técnica de conversación utilizada por el especialista para resolver los

síntomas de depresión, los problemas de personalidad o carácter o para relacionar qué pudo provocar o empeorar la depresión. Esta técnica solo puede ser ofrecida por personal de salud capacitado y preparado. La persona que dirige la psicoterapia no hace charlar al paciente, sino que dirige la conversación de tal forma que ayuda a que desaparezcan sus síntomas.

4.1.14. Los fármacos antidepresivos

Pueden ser útiles para corregir los desequilibrios químicos causantes de una depresión. En general, los fármacos antidepresivos funcionan aumentando la disponibilidad de neurotransmisores en el cerebro para restaurar el equilibrio químico. Los principales tipos de antidepresivos utilizados en las personas adultas mayores son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y algunos otros antidepresivos nuevos cuyo uso generalmente corresponde al especialista. El proceso de selección del fármaco apropiado necesita de una estrecha colaboración entre el médico y el paciente para determinar cuál el más adecuado. Todos los fármacos antidepresivos tienen efectos secundarios que tarde o temprano hacen necesario el ajuste de la dosis o la prescripción de otro fármaco. Esto ocurre con mayor probabilidad con los fármacos tricíclicos y menos frecuentemente con los nuevos medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina o los inhibidores selectivos de la monoamino-oxidasa. El tratamiento ha de prolongarse al menos 6 meses después de la remisión de los síntomas. En depresión mayor o episodios recurrentes, la duración mínima del tratamiento debe de ser de un año, teniendo en cuenta que en este último caso puede necesitarse el tratamiento de por vida.

4.1.15. Plan de seguimiento

El seguimiento en el consultorio es usualmente insuficiente. Siempre es útil la psicoterapia adyuvante y la psicoterapia mediatizada a través de las actividades sociales y de reactivación física. La prescripción farmacológica debe ir acompañada de un intenso seguimiento de la evolución de los síntomas físicos y psíquicos, así como de los posibles efectos secundarios. (Efecto del consumo de la bebida de nuez, 2017)

4.2. Capitulo II: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

4.2.1. Definición de afrontamiento

Mechanic (1978), considera que el afrontamiento comprende la capacidad y todas las conductas instrumentales, técnicas y los conocimientos que la persona ha adquirido para la resolución de problemas. Según Lipowski (1970) el afrontamiento integra todos los procesos cognitivos y actividades motoras que un sujeto emplea para preservar su organismo y mejorarse de la enfermedad. Para Lazarus (1966) el término afrontamiento hace referencia a todas las estrategias para tratar contra las amenazas. (Alejandra A. , 2014)

Según (Park y folkaman, 1997) menciona que "es la unión de pensamientos reflexivos y su modo de actuar el cual está enfocado en solucionar los problemas y reducir la ansiedad que le provoca los mismos". Según (Campos, Iraurgui, Páez y Velasco, 2004), de acuerdo al afrontamiento "se revela como un proceso complejo y multidimensional que es sensible tanto al ambiente (demandas y recursos) como a las disposiciones de personalidad". (Joseph, 2019).

4.2.2. Definición de estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales concretos que hacemos para manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las situaciones externas o internas que nos causan estrés. Por ello, se consideran aspectos básicos en la regulación de emociones e influyen en nuestro bienestar psicológico. (MDM Psicologia Clinica, 2020). Según Macías, Orozco, Valle y Zambrano (2013), refieren que las estrategias de afrontamiento se presentan en el individuo al estar en una crisis o malestar en su salud física o emocional, actuando como mecanismo de defensa para la persona, es importante considerar que el individuo tiene un funcionamiento único e irrepetible al reaccionar debido a los diferentes aspectos que sobresalgan en su vida como los físicos, psicológicos, emocionales, relaciones. (Joseph, 2019)

4.2.3. Clasificación de las estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se clasifican en escalas primarias y escalas secundarias o subes calas.

4.2.3.1. Las estrategias primarias son:

- **Activas**: Comportamientos relacionados al problema, análisis de las circunstancias para saber qué hacer, reflexión de posibles soluciones, búsqueda de información, estrategias de anticipación a un desastre, control de las emociones y circunstancias, así como la búsqueda de apoyo social.
- **Pasivas**: Utilización de estrategias como retraimiento, tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera y aceptación pasiva.

Las estrategias activas o adaptativas tienen un asiento neurobiológico en las áreas del pensamiento lógico-formal (áreas frontales); mientras que las pasivas dependen de mecanismos más instintivos (sistema límbico).

2.1.1 Las estrategias secundarias:

Se ha descrito que la evitación predice estrés y depresión en el futuro. Esta estrategia de afrontamiento se observa con mayor frecuencia en personas menos familiarizadas con el adecuado manejo de la adversidad. (Laura & Ana, 2012)

4.2.3.2. Tipos de estrategias de afrontamiento

- **Centrado en el problema**: Tiene como función la resolución de problemas, lo cual implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales.
- **Centrado en la emoción:** Tienen como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir evitando la situación estresante, revaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno (Lazarus & Folkman 1986). (Di-Colloredo & Paola, 2007)

- **Aproximación:** Estrategias cognitivas y conductuales movilizadas hacia la modificación de la situación potencialmente estresante, o bien las emociones negativas.
- **Evitación:** Estrategias cognitivo conductuales que permiten evitar tener que hacer frente al problema.
- **Cognitivo:** Respuesta de tipo cognitivo, Tratar de auto convencerse de que el problema no tiene solución, de que ya pasará.
- **Conductual:** Respuesta mediante la puesta en marcha de un comportamiento manifiesto, buscar asesoramiento experto para dar cuenta del problema.
- **Preventivo:** Afrontamiento puesto en marcha mucho antes de que el evento estresante se produzca o pueda llegar a producirse.
- **Anticipatorio:** El individuo se anticipa al problema poco antes de que éste se produzca.
- **Dinámico**: El individuo hace frente al problema.
- **Reactivo:** Estrategias puestas en marcha una vez acontecido el evento estresante.
- **Residual**: Estrategias implementadas mucho tiempo después de ocurrido el problema con la pretensión de paliar sus efectos a largo plazo.
- **General:** Modo en que el individuo encara habitualmente cualquier situación estresante.
- **Específico:** Modo en que el individuo encara un evento particular. (Pamela, 2017).

4.2.4. El Afrontamiento en las enfermedades crónicas

El afrontamiento de la enfermedad es una fase decisiva para avanzar en un abordaje y manejo que favorezca una mejor calidad de vida, es útil tener en cuenta que el modo de afrontarla está influido por numerosos componentes como el tipo de enfermedad, los conocimientos que se tenga sobre el malestar, las actitudes, valores, sentimientos que tenga la persona enferma, las habilidades de manejo emocional, de organización el apoyo social y finalmente el apoyo de la familia, amistades y amigos. (Amaya & Sonia, 2020)

Como indicó (Martin y Grau, 2014) dice que “ Las enfermedades catastróficas son irreversibles y son uno de los eventos más estresantes que deben hacer frente los pacientes, existen medicamentos y tratamientos para controlar la gravedad y cada enfermedad física trae consigo una o más problemas de ámbito psicológico entre las más comunes son la depresión, ansiedad, suicidio pero existe la posibilidad de emplear apoyo psicológico para fortalecer las estrategias de afrontamiento que puedan dar solución a la problemática o al menos para sobrellevarla”. Según (Bueno y Navarro, 2004) señala que “por lo tanto, aunque exista muchas investigaciones acerca del uso de las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas no existe un acuerdo sobre que estrategias son las más empleadas conociendo que el estilo de vida y el apoyo tanto de familia, amigos y profesionales de la salud mental modifican como enfrentar una situación estresante”. (Joseph, 2019)

Determinar las estrategias que resultan más eficaces en la adaptación a la enfermedad crónica no es tarea fácil, y sólo la evidencia empírica de los estudios que se realicen en distintas situaciones de enfermedad y momentos de su evolución puede arrojar luz sobre este tema. En particular se ha estudiado la eficacia de la "búsqueda de apoyo social" como estrategia de afrontamiento, y su relación con la adaptación a la enfermedad crónica. Otros estudios consideran que los pacientes que perciben tener apoyo social sufren menos síntomas de enfermedad (Lin et al., 1979).

Por otro lado, los resultados de otros trabajos sugieren que la necesidad de apoyo social se ve incrementada en situaciones de enfermedad crónica. En el caso especial de los pacientes de cáncer, el apoyo social se convierte en una estrategia útil en la adaptación a la enfermedad y a los cambios corporales que se haya podido sufrir, con la paradoja de que en muchos casos la no utilización de estrategias personales de adaptación genera un aislamiento de sí mismo que a veces incluso el entorno social refuerza. (Marin & Sofía,2021)

4.3. Capitulo III: ENFERMEDADES CRÓNICAS

4.3.1. Definición

Enfermedad crónica según la descripción del tesauro DeCS se refiere a "enfermedades que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por alteración patológica no reversible, requieren entrenamiento especial del paciente para rehabilitación, se puede esperar requerir un largo periodo de supervisión, observación o atención". (Cid-Alcón, 2017)

4.3.2. Diabetes

La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que consume. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía. Con el tiempo, el exceso de glucosa en la sangre puede causar problemas serios. Puede dañar los ojos, los riñones y los nervios. La diabetes también puede causar enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y la necesidad de amputar un miembro. Las mujeres embarazadas también pueden desarrollar diabetes, llamada diabetes gestacional. Un análisis de sangre puede mostrar si tiene diabetes. Un tipo de prueba, la A1c, también puede comprobar cómo está manejando su diabetes. El ejercicio, el control de peso y respetar el plan de comidas puede ayudar a controlar la diabetes. También debe controlar el nivel de glucosa en sangre y, si tiene receta médica, tomar medicamentos. (MedlinePlus, 2021)

Las personas con diabetes tienen entre 2 y 3 veces más probabilidades de presentar depresión que las personas sin diabetes. Solamente entre el 25 y el 50 % de las personas con diabetes que tienen depresión reciben el diagnóstico y tratamiento. El tratamiento ya sea terapia, medicamentos o ambos es habitualmente muy eficaz, sin tratamiento, la depresión suele empeorar, no mejorar. (Centro de prevencion de enfermedades, 2021)

4.3.2.1. Síntomas de la diabetes

Los síntomas de la diabetes varían según cuánto se eleve tu nivel de glucosa sanguínea. Es posible que algunas personas, en especial las que padecen prediabetes o diabetes tipo 2, no experimenten síntomas. En el caso de la diabetes tipo 1, los síntomas tienden a aparecer rápido y a ser más intensos.

Algunos de los signos y síntomas de la diabetes tipo 1 y tipo 2 son:

- Aumento de la sed
- Micción frecuente
- Hambre extrema
- Pérdida de peso sin causa aparente
- Presencia de cetonas en la orina (las cetonas son un subproducto de la descomposición de músculo y grasa que ocurre cuando no hay suficiente insulina disponible)
- Fatiga
- Irritabilidad
- Visión borrosa
- Llagas que tardan en cicatrizar
- Infecciones frecuentes, como infecciones en las encías o en la piel, e infecciones vaginales.

4.3.2.2. Tipos de diabetes

- **Diabetes Mellitus tipo 1**

La diabetes tipo 1, anteriormente conocida como «diabetes juvenil» o «diabetes insulinodependiente», es un trastorno crónico en el cual el páncreas produce muy poca insulina o directamente no la produce. La insulina es una hormona necesaria para permitir que el azúcar (glucosa) ingrese a las células para producir energía. (mayoclinic, 2021)

- **Diabetes Mellitus tipo 2**

La diabetes tipo 2 es una enfermedad en la que los niveles de glucosa o azúcar en la sangre son demasiado altos. La glucosa es su principal fuente de energía. Proviene de los alimentos que consume. Una hormona llamada insulina ayuda a que la glucosa ingrese a las células para brindarles energía. Si tiene diabetes, su cuerpo no produce suficiente insulina o no la usa bien. Luego, la glucosa permanece en la sangre y no ingresa lo suficiente a las células. (MEDLINEPLUS, 2021)

- **Diabetes gestacional**

La diabetes gestacional es un padecimiento de la mujer caracterizado por intolerancia a los carbohidratos, que resulta en hiperglucemia de severidad variable, que se inicia y reconoce durante el embarazo. Se asocia con incremento de las complicaciones para la madre durante el embarazo y en la vida posterior del feto, neonato, joven y adulto. (De Gracia & Olmendo, 2017)

- **Otros tipos de diabetes**

Es la que aparece por lesión del páncreas, ya sea por una extirpación quirúrgica o por una inflamación. Se denomina diabetes pancreopriva. Otros tipos de diabetes aparecen por causas genéticas o por el consumo de ciertos fármacos.

4.3.2.3. Causas de diabetes tipo 1

Aparece generalmente en niños, aunque también puede iniciarse en adolescentes y adultos. Suele presentarse de forma brusca y muchas veces independientemente de que existan antecedentes familiares. Se produce una destrucción de las células que producen la insulina en el páncreas (las células beta) por autoanticuerpos. "Es decir, el organismo ataca a sus propias células como si fueran extrañas (como ocurre en la enfermedad celíaca, y en otras enfermedades autoinmunes)", aclara González. El mecanismo inicial que induce la aparición de estos anticuerpos no está totalmente identificado y es muy complejo. Se investiga si el origen está, según Ávila, en "una predisposición genética que, debido a diferentes factores ambientales, produce esa respuesta autoinmune que destruye esas células".

4.3.2.4. Causas de diabetes tipo 2

Su principal causa es la obesidad porque el tejido graso produce determinadas sustancias que disminuyen la sensibilidad de los receptores de la insulina.

4.3.2.5. Causas de diabetes gestacional

Durante el embarazo la insulina aumenta para incrementar las reservas de energía. A veces, este incremento no se produce, lo que puede originar una diabetes gestacional. Suele desaparecer tras el parto, pero estas mujeres tienen un alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 a lo largo de su vida. (Isabel, 2021)

4.3.3. Hipertensión arterial

Se estima que en el mundo hay 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con hipertensión y que la mayoría de ellos (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos

y medianos. Según los cálculos, el 46% de los adultos hipertensos desconocen que padecen esta afección. La hipertensión es una de las causas principales de muerte prematura en el mundo. Una de las metas mundiales para las enfermedades no transmisibles es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% en 2025. (Organizacion Panamericana de Salud, 2021)

Existen numerosas investigaciones que intentan vincular hipertensión arterial esencial con alguna disposición psicológica y de personalidad. Las variables vinculadas a la hipertensión arterial que más se han estudiado son estrés, ansiedad, depresión, agresión-hostilidad y personalidad. El estrés ha sido una de las variables de mayor estudio, como factor predictor de HTA, cuando el estrés se hace crónico en el tiempo se generan una serie de cambios fisiológicos, dentro de los cuales se encuentra el aumento de la presión arterial. (Tannenbaum & Paula, 2017)

4.3.3.1. Definición

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada. De la tensión arterial se dan dos valores: el primero es la tensión sistólica y corresponde al momento en que el corazón se contrae o late, mientras que el segundo, la tensión diastólica, representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro. (Organizacion Mundial de la Salud, 2021)

4.3.3.2. Factores de riesgo de hipertensión arterial

- **Edad**

El riesgo de tener presión arterial alta aumenta a medida que envejeces. Hasta aproximadamente los 64 años, la presión arterial alta es más frecuente en los hombres. Las mujeres tienen más probabilidades de desarrollar presión arterial alta después de los 65 años.

- **Raza**

La presión arterial alta es particularmente frecuente en las personas de ascendencia africana y, a menudo, aparece a una edad más temprana en relación con las personas de raza blanca. Las complicaciones graves, como los accidentes cerebrovasculares, los ataques cardíacos y las insuficiencias renales, también son más frecuentes en las personas de ascendencia africana.

- **Antecedentes familiares**

La presión arterial alta suele ser hereditaria.

- **Sobrepeso u obesidad**

Cuantas más pesas, más sangre necesitas para suministrarles oxígeno y nutrientes a los tejidos. A medida que la cantidad de sangre que fluye a través de los vasos sanguíneos aumenta, también lo hace la presión en las paredes de las arterias.

- **Falta de actividad física**

Las personas que no están físicamente activas tienden a tener una mayor frecuencia cardíaca. Cuanto mayor es la frecuencia cardíaca, más deberá trabajar el corazón con cada contracción, y mayor será la fuerza sobre las arterias. La falta de actividad física también aumenta el riesgo de tener sobrepeso.

- **Consumo de tabaco**

Fumar o mascar tabaco no solo aumenta de inmediato la presión arterial en forma temporal, sino que las sustancias químicas que contiene el tabaco pueden dañar el recubrimiento de las paredes de las arterias. Esto puede provocar el estrechamiento de las arterias y aumentar el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas. El tabaquismo pasivo también puede aumentar el riesgo de padecer estas enfermedades.

- **Alto contenido de sal (sodio) en tu dieta**

Demasiado sodio en tu dieta puede hacer que tu cuerpo retenga líquido, lo que aumenta la presión arterial.

- **Cantidad insuficiente de potasio en tu dieta**

El potasio ayuda a equilibrar la cantidad de sodio en las células. Un equilibrio adecuado de potasio es fundamental para mantener una buena salud del corazón. Si no obtienes suficiente potasio con tu dieta o pierdes demasiado potasio debido a la deshidratación u otras afecciones, el sodio puede acumularse en la sangre.

- **Consumo excesivo de alcohol**

Con el tiempo, beber en exceso puede dañar el corazón. Beber más de una copa al día para las mujeres y más de dos al día para los hombres puede afectar la presión arterial. Si consumes alcohol, hazlo con moderación. Para los adultos sanos, beber con moderación significa una copa al día para las mujeres y dos al día para los hombres. Una copa equivale a 12 onzas (350 ml) de cerveza, 5 onzas (147 ml) de vino o 1,5 onzas (44 ml) de licor con graduación de 80 grados.

- **Estrés**

Los niveles altos de estrés pueden provocar un aumento temporal de la presión arterial. Los hábitos relacionados con el estrés, como comer en exceso, fumar o beber alcohol, pueden provocar un mayor aumento de la presión arterial.

- **Ciertas enfermedades crónicas**

Ciertas enfermedades crónicas también pueden aumentar el riesgo de tener presión arterial alta, incluidas la enfermedad renal, la diabetes y la apnea del sueño. (Mayo Clinic, 2021)

4.3.3.3. Síntomas de la hipertensión arterial

Aún se desconoce los síntomas de dicha enfermedad, por lo cual se la denomina "el asesino silencioso".

4.3.3.4. Tipos de la hipertensión alta

- **Primaria**

Es el tipo más común de presión arterial alta. Por lo general se desarrolla con el tiempo a medida que envejece.

- **Secundaria**

Es causada por otra condición médica o el uso de ciertos medicamentos. Por lo general, mejora al tratarse la causa o al dejar de tomar los medicamentos que la provocan.

4.3.4. Hipotiroidismo

4.3.4.1. Definición

El hipotiroidismo, o tiroides hipoactiva, ocurre cuando la glándula tiroides no produce suficientes hormonas tiroideas para satisfacer las necesidades del cuerpo. Estas hormonas afectan a casi todos los órganos y controlan muchas de las funciones más importantes de su cuerpo. Por ejemplo, afectan su respiración, frecuencia cardíaca, peso, digestión y estados de ánimo. Sin suficientes hormonas tiroideas, muchas de las funciones de su cuerpo se vuelven más lentas. Sin embargo, existen tratamientos que pueden ayudar. (Medline Plus, 2022)

Las hormonas producidas por la tiroides potencian o inhiben los sistemas de neurotransmisión de serotonina y noradrenalina en el cerebro humano, pudiendo llegar a afectar al comportamiento normal, condicionar el estado de ánimo y producir alteraciones de la memoria. Las alteraciones hormonales provocadas por los problemas del tiroides pueden afectar el plano emocional**.** Cuando de repente, sin justificación alguna, una persona

comienza a sentir angustia, tendencia a la depresión **y** cambios inexplicables de humor**,** es probable que el cuerpo esté enviando señales de alerta de problemas de tiroides. (Óscar, 2021)

4.3.4.2. Síntomas de hipotiroidismo

El hipotiroidismo se desarrolla lentamente, lo que puede variar en diferente persona.

- Fatiga
- Aumento de peso
- Rostro hinchado
- Problemas para tolerar el frío
- Dolor articular y muscular
- Estreñimiento
- Piel seca
- Cabello seco y delgado
- Disminución de la sudoración
- Períodos menstruales intensos o irregulares
- Problemas de fertilidad en mujeres
- Depresión
- Baja frecuencia cardíaca
- Bocio, un agrandamiento de la tiroides que puede hacer que su cuello se vea hinchado. A veces puede causar problemas para respirar o tragar.

(Medline Plus, 2022)

4.3.4.3. Causas del hipotiroidismo

Las principiases causas son:

- **Enfermedad autoinmune**

El sistema inmune que protege el cuerpo contra infecciones ataca a las células tiroideas y a sus enzimas como a agresores externos, por lo que no quedan suficientes células para producir la cantidad necesaria de hormona tiroidea. Es una enfermedad que puede empezar de forma aguda o desarrollarse lentamente durante años, y es más frecuente en mujeres. Las formas más comunes son la tiroiditis de Hashimoto y la tiroiditis atrófica.

- **Extirpación parcial o total del tiroides por cirugía**

Algunas personas con nódulos tiroideos, cáncer de tiroides o enfermedad de Graves necesitan cirugía para eliminar una parte o la totalidad de la glándula tiroides. Si se

quita toda la glándula, la persona desarrollará hipotiroidismo. Si se deja intacta una parte de la tiroides, esta puede producir suficiente hormona tiroidea para mantener los niveles sanguíneos dentro del rango normal.

- **Tratamiento con yodo radiactivo**

Las personas tratadas con yodo radioactivo por otras enfermedades tiroideas (enfermedad de Graves, bocio nodular o cáncer de tiroides), así como las que han sido sometidas a irradiación terapéutica en el cuello o en la cabeza (cáncer, linfoma, etc.), pueden perder una parte o la totalidad de la función tiroidea.

- **Hipotiroidismo congénito (hipotiroidismo en el recién nacido)**

Algunos menores nacen sin la tiroides o con una glándula parcialmente formada o situada en un sitio anómalo (ectópico) o con células o enzimas tiroideas que no funcionan normalmente, lo que puede producir hipotiroidismo.

- **Tiroiditis**

Es una inflamación de la glándula tiroides causada por un ataque autoinmune o por una infección viral. Esta inflamación determina, en una primera fase, la liberación de la hormona tiroidea del interior de la glándula, lo que causa hipertiroidismo, y, posteriormente, disminuye la función tiroidea, lo que provoca el hipotiroidismo. Este puede ser permanente (tiroiditis crónica) o transitorio (tiroiditis subaguda, tiroiditis postparto).

- **Enfermedad de la hipófisis**

La hipófisis o la pituitaria es la glándula que indica a la glándula tiroidea la cantidad de hormona tiroidea que debe producir. Cuando la hipófisis no funciona y no estimula la tiroides, la glándula tiroidea deja de producir suficiente hormona. (Felicia, 2021)

4.3.4.4. Factores de riesgo

- Ser mujer
- Ser mayor de 60 años
- Tener antecedentes familiares de enfermedad tiroidea
- Tener una enfermedad autoinmune, como diabetes tipo 1 o enfermedad celíaca
- Recibir tratamiento con yodo radioactivo o con medicamentos antitiroideos.
- Recibir radioterapia en el cuello o en la parte superior del pecho.
- Haber tenido una cirugía de tiroides (tiroidectomía parcial)

- Estar embarazada o haber dado a luz en los últimos seis meses. (Mayo Clinic, 2020)

5. Metodología

5.1. Área de estudio

La investigación se realizó en el centro de salud N.3 de la ciudad de Loja, correspondiente al primer nivel de atención de salud que pertenece al Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

5.2. Tipo de estudio

El diseño de este proyecto investigativo es de tipo no experimental, de corte transversal ya que permite describir las variables y analizar su influencia, incidencia e interrelación, sin manipular o controlar los resultados de la misma. El enfoque es cuantitativo – cualitativo debido a que se midió la variable objeto de estudio.

El estudio tuvo un alcance de tipo descriptivo y correlacional; descriptivo porque permitirá tener datos más precisos de la depresión y estrategias de afrontamiento en los pacientes con enfermedades crónicas, y correlacional porque se determinará la relación existente entre las variables propuestas y correspondencia.

5.3. Población y muestra

La población está conformada por el club "Mi enfermedad a la raya" del centro de salud N.3 de la ciudad de Loja; dicho club fue inaugurado hace dos años y medio. La atención de los pacientes es diaria y los trabajos grupales se los realiza el último viernes de cada mes; consistiendo en actividades lúdicas, educación para la salud y actividades físicas. Al club lo conforman 123 pacientes a quienes se les aplicó el Inventario de depresión de Beck para posterior a ello tener una muestra a quienes aplicaremos el Inventario de estrategias de afrontamiento CIS. Los pacientes tienen una edad entre los 31 a 84 años de ambos sexos.

Para la muestra se tomó en cuenta el muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a 70 pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

5.4. Procedimiento y análisis de datos

Para la recogida de la información y los datos por parte de los pacientes se utilizó el programa estadístico SPSS" Statiscal Package for Social Sciences", versión 26 en donde se clasificó, tabuló y finalmente se representó gráficamente los datos obtenidos de acuerdo a las variables y los objetivos de la investigación.

Posteriormente, se obtuvo la relación entre la depresión y estrategias de afrontamiento en los pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N. 3. Se aplicó la prueba de correlación bivariada de Tau-c de Kendall (no hay empates entre categorías). Además, de acuerdo a los resultados de correlación fue necesario realizar un análisis de correspondencia.

5.5. Criterios de inclusión

- Pacientes de edades comprendidas entre los 31 a 84 años de edad.
- Todas aquellas personas que hayan firmado el consentimiento informado entregado al inicio de la investigación.
- Pacientes que acuden regularmente al club.

5.6. Criterios de exclusión

- Pacientes menores a los 31 años de edad.
- Pacientes que no deseen ser partícipes de la investigación.
- Aquellos pacientes que no hayan asistido al club regularmente.

5.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- Ficha sociodemográfica
- Reactivos psicológicos

5.7.1. Descripción de la ficha sociodemográfica

La ficha sociodemográfica tiene como objetivo principal la recolección de información de todos los pacientes que pertenecen al club “Mi enfermedad a la raya” del Centro de Salud N.3 la cual se la estructuró de forma personal. (Anexo 6)

Descripción del test

Nombre original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)

Autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Fréderique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

Área de Aplicación: Psicología clínica, forense y Neuropsicología

Estructura: Medir la severidad de depresión en adultos y adolescentes, a través de la evaluación de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos en el Manual Diagnóstico y Estadísticos de trastornos mentales – Cuarta Edición.

Aplicación: 13 años en adelante.

Confiabilidad y Validez: Las cifras de fiabilidad del BDI fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total). Los índices de validez convergente del inventario con respecto a la Escala Auto aplicada de la Depresión de Zung (Zung Self-Rating Depression Scale; Zung, 1965) fueron también altos, con correlaciones que oscilan entre 0,68 y 0,89 para dos subgrupos diferentes de la muestra total. La validez discriminante del BDI respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social, evaluativa, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilan entre 0,11 y 0,45. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario, por lo que se ofrecen puntuaciones normativas para la muestra total.

Puntuación: 1-10 = Estos altibajos son considerados normales; 11-16 = Leve perturbación del estado de ánimo; 17-20 = Estados de depresión intermitentes; 21-30= Depresión moderada; 31-40 = Depresión grave; 40 = Depresión extrema.

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional. (Anexo 6)

Nombre original: Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)

Autores: Tabin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989). Adaptación por Cano, Rodríguez, García (2007)

Forma de Aplicación: El cuestionario tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias; la persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita, al finalizar la escala contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento.

Tiempo de aplicación: Su tiempo aproximado de aplicación es de 45 min, y está conformada por 40 ítems que incluyen preguntas directas sobre la situación estresante.

Confiabilidad: Inventario de Estrategias de Afrontamiento este inventario de 40 ítems publicado por presenta una confiabilidad, según el alfa de Cronbach de 0,835;

Validez: El Inventario de Estrategias de Afrontamiento ha demostrado ser fiable y válida para evaluar las diversas estrategias de afrontamiento que utilizan las personas al estar frente a una situación generadora de estrés.

Baremo de Calificación: La puntuación total de la CSI, se establece determinando la puntuación más alta derivad de la puntuación total de la sumatoria de los ítems que corresponden a cada 44 estrategias estas son: Resolución de problemas (REP) la puntuación total es el resultado de la suma de los ítems, 01+09+17+25+33; Autocrítica (AUC), la puntuación total es el resultado de la suma de los ítems 02+10+18+26+34; Expresión emocional (EEM) la puntuación total es el resultado de la suma de los ítems 03+11+19+27+35; Pensamiento desiderativo (PSD) la puntuación total es el resultado de la suma de los ítems 04+12+20+28+36; Apoyo social (APS), la puntuación total es el resultado de la suma de los ítems 05+13+21+29+37; Reestructuración cognitiva (REC) la puntuación total es el resultado de la suma de los ítems 06+14+22+30+38; Evitación de problemas (EVP), la puntuación total es el resultado de la suma de los ítems 07+15+23+31+39; Retirada social (RES), la puntuación total es el resultado de la suma de los ítems 08+16+24+32+40. (Anexo 6)

5.8. Fuentes de información

En cuanto al nivel de información de la investigación las fuentes de información son primarias y secundarias, puesto que además de información nueva y original de libros, artículos, páginas web, Google, trabajos de investigación y revistas científicas; también se utilizará fuentes que contienen información producto de un análisis o reorganización de fuentes primarias.

5.9. Consideraciones éticas

Como principal autor de este trabajo de investigación manifiesto mi compromiso garantizando la integridad y derechos de los participantes, es decir evitar el perjudicar, discriminar, dañar, o hacer mal uso de la información por ello se mantendrá en anonimato los de los participantes de la investigación.

De la misma forma manifiesto el respeto a los derechos y dignidad de cada uno de los participantes, trabajando y manejando la información con responsabilidad, respetando las diferencias culturales e individuales, identidad de género, raza, nacionalidad, religión, idioma, orientación sexual o estatus económico.

Además, la investigación será puesta de manera natural y directa sin manipulación alguna, esta al ser de carácter académico formativo se realizará bajo los lineamientos de la investigación científica, por lo cual se evitará el plagio o la manipulación de los resultados.

5.10. Consentimiento informado

El consentimiento informado para el trabajo investigativo está destinado a los pacientes del club “Mi enfermedad a la raya “del centro de Salud N. 3 de la ciudad de Loja, en donde se les aplicó el test de inventario depresión de Beck, lo cual está basado en los principios éticos de confidencialidad, beneficencia, y autodeterminación (Anexo 4). Posteriormente a ello se les se aplicó el test de Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI). (Anexo 5)

5.11. Procedimiento por objetivos

Primeramente, se realizó la socialización de los test a cada uno de los pacientes del centro de salud #3 del club “mi enfermedad a la raya”, informándoles el procedimiento de evaluación en el trabajo investigativo.

Posteriormente se procedió a aplicar a toda la población el Inventario de depresión de Beck para medir los niveles de depresión ausente, leve, moderada y grave, obteniendo mediante un muestreo no probabilístico, la participación de 70 pacientes.

A la muestra seleccionada de 70 pacientes se les aplicó el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) en donde se presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias que son: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social.

Finalmente, se diseñó un plan de intervención psicoterapéutico en pacientes que presenten depresión, donde se tomó en cuenta fomentar estrategias de afrontamiento con la finalidad de crear y fortalecer recursos personales para sobrellevar la enfermedad y su tratamiento.

5.12. Equipos y materiales

- Computadora portátil.
- Impresora.
- Teléfono celular.
- Memoria flash.
- Portafolio.
- Hojas.
- Reactivos psicológicos impresos.

- Materiales de oficina.
- Servicios digitales.
- Apoyo docente.

6. Resultados

Objetivo General: Determinar la relación entre depresión y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N.3 de Loja.

Tabla 1

Relación entre depresión y estrategias de afrontamiento

Medidas simétricas					
		valor	Error estándar asintótico	Aproximada	Significación aproximada
Ordinal Por ordinal	Tau-c de Kendall	0,070	0,095	0,737	0,461

Fuente: Elaborado en el programa SPSS
Elaboración por: Jonathan Raúl Sarango Sánchez

Interpretación de los datos*:* En la tabla 1 se utilizó el Tau C de Kendall (0,070) lo cual se interpreta como una correlación positiva débil, en cuanto al p valor (0,461) la relación estadística no es significativa. Con este antecedente, se procede a establecer relaciones inter categorías (análisis de correspondencias).

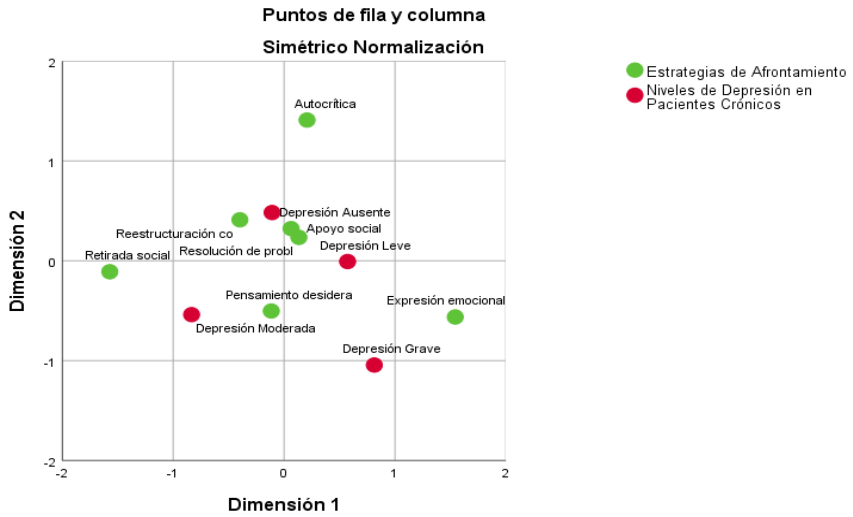
Tabla 2
Tabla de correspondencia entre la depresión y estrategias de afrontamiento

Tabla de correspondencia									
	Estrategias de Afrontamiento								
N. de depresión en P.C.	Resolución de problema	Autocritica	Expresión emocional	Pensamiento desiderativo	Apoyo social	Reestructuración cognitiva	Evitación de problemas	Retirada social	Margen activo
Depresión ausente	12	3	1	8	2	2	0	2	30
Depresión leve	7	1	2	6	2	1	0	0	19
Depresión moderada	4	0	0	7	1	1	0	2	15
Depresión grave	2	0	1	3	0	0	0	0	6
Margen activo	**25**	**4**	**4**	**24**	**5**	**4**	**0**	**4**	**70**

Fuente: Elaborado en el programa SPSS.
Elaboración por: Jonathan Raúl Sarango Sánchez

Interpretación de los datos: Se puede evidenciar en los resultados obtenidos, que no hay correlación entre las variables de estudio; sin embargo, existe una relación inter categorías de las variables consideradas, en este sentido los pacientes que tienen depresión ausente y leve se relacionan en mayor proporción con los que poseen resolución de problemas, de tal manera los que tienen depresión moderada y grave se relacionan con los que poseen pensamiento desiderativo.

Figura 1



Fuente: Elaborado en el programa SPSS.
Elaboración por: Jonathan Raúl Sarango Sánchez

Interpretación de datos: En el grafico 1, nos muestra la información aportada por los dos ejes factoriales. Este gráfico reagrupa las inter categorías de las variables. Tanto como la depresión ausente y leve, están más asociadas con la estrategia de resolución de problemas, apoyo social y muy poco con la reestructuración cognitiva. En cambio, la depresión moderada se ve que no tiene tanta relación con la estrategia de pensamiento desiderativo; igualmente la depresión grave no tiene acceso a ninguna estrategia.

Primer objetivo específico: Evaluar los niveles de depresión en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N.º 3 de Loja

Tabla 3

Niveles de depresión en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N.º 3 de Loja

Niveles de depresión en pacientes crónicos			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido
Depresión ausente	30	42,9	42,9
Depresión leve	19	27,1	27,1
Depresión moderada	15	21,4	21,4
Depresión grave	6	8,6	8,6
Total	70	100	100

Fuente: Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
Elaborado por: Jonathan Raúl Sarango Sánchez

Interpretación de los resultados: Se puede observar que el 42,9% presentan depresión ausente, seguido del 27, 1% con depresión leve, el 21,4% con depresión moderada y finalmente el 8,6% con depresión grave.

Segundo objetivo específico: Identificar los estilos de afrontamiento de los pacientes diagnosticados con depresión del centro de salud N.3 de Loja.

Tabla 4

Estilos de afrontamiento

Tabla cruzada Estrategias de Afrontamiento-Niveles de Depresión en Pacientes Crónicos					
Estrategias de afrontamiento	Depresión ausente	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	**Total**
Resolución de problemas	12 17,1%	7 10%	4 5,7%	2 2,9%	25
Autocrítica	3 4,3%	1 1,4%	0 0%	0 0%	4
Expresión emocional	1 1,4%	2 2,9%	0 0%	1 1,4%	4
Pensamiento desiderativo	8 11,3%	6 8,5%	7 10%	3 4,3%	24
Apoyo social	2 2,9%	2 2,9%	1 1,4%	0 0%	5
Reestructuración cognitiva	2 2,9%	1 1,4%	1 1,4%	0 %	4
Retirada social	2 2,9%	0 0%	2 2,9%	0 0%	4
Total	**30 42,8%**	**19 27,1%**	**15 21,4%**	**6 21,4%**	**70 100%**

Fuente: Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)
Elaborado por: Jonathan Raúl Sarango Sánchez

Interpretación: Los resultados indican que los pacientes con depresión ausente, utilizan la estrategia de resolución de problemas en un 17,1%, seguido de la depresión leve con su estrategia de pensamiento desiderativo en un 8,5%, continuando con la misma estrategia de pensamiento desiderativo del 10% en la depresión moderada y del 4,3% en la depresión grave.

Tercer objetivo específico: Diseñar un plan de intervención psicoterapéutico para pacientes diagnosticados con depresión del centro de salud N. 3 de Loja.

Plan de intervención

Tema: "Cuidando tu salud mental"

Presentación

El presente plan de intervención está dirigido principalmente a los pacientes con enfermedades crónicas que presentan depresión del centro de salud N.3 de la ciudad de Loja., cuyo objetivo es disminuir los niveles de depresión y promover las estrategias de afrontamiento para una mejor calidad de vida. Las técnicas planteadas se basan en el enfoque cognitivo conductual, buscando la reducción de la sintomatología. Al finalizar el plan, se plantea la entrega de un tríptico informativo para reforzar la información brindada durante todo el proceso psicoterapéutico.

Justificación

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a unos 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 persona. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Con estos datos que nos proporciona la Organización Mundial de la Salud, queda claro que la depresión es una realidad de muchas personas en el mundo. La depresión nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, lo cual genera cambios en el sueño, en el apetito, falta de interés en las actividades que antes realizábamos con muchas alegrías. Abarca muchas cosas más de lo que uno puede sentir. Por ello, es importante realizar, planificar programas y charlas de intervención psicoterapéutico, con el objetivo de ayudar a las personas, ya sea como reducir con los síntomas, ejecutar proyectos de vida, mejorar la calidad de vida.

Metodología

El plan está destinado a los 70 pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N.3 de Loja, quienes cumplieron con los criterios de inclusión, siendo esta información recabada mediante la aplicación de los reactivos psicológicos (Inventario de depresión de Beck y el Inventario de Estrategias de afrontamiento CIS). Por ende, se cuenta con la previa autorización por parte de las autoridades del centro de salud N.3, en donde se pretende abordar 7 sesiones de manera individual o grupal, con una duración aproximada de 60 minutos. Se procura trabajar 1 sesión por semana, dependiendo de la disponibilidad de tiempo de los pacientes.

OBJETIVO GENERAL

- ψ Desarrollar habilidades cognitivas y conductuales en los pacientes que fueron diagnosticados con depresión para la disminución de la sintomatología.

OBJETIVO ESPECFICO

- ψ Psico educar a los pacientes con enfermedades crónicas sobre la depresión y su sintomatología.
- ψ Desarrollar estrategias de afrontamiento para la resolución de problemas en los pacientes con enfermedades crónicas.

Descripción de las actividades:

Actividad	Temas a abordar	Objetivo	Técnicas	Desarrollo	Responsable
Sesión1: Entrevista Duración: 40 minutos Modalidad: individual o grupal	Factores de riesgo, mantenedores y protectores	Identificar el problema y los posibles factores desencadenantes, para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, el tratamiento y favorecer el proceso terapéutico y sus beneficios.	Entrevista psicológica Rapport Escucha activa	La entrevista psicológica es aquella basada en la relación entre dos o más personas donde uno de los integrantes, el psicólogo, realiza preguntas con el objetivo de obtener información. Por lo tanto, se produce un intercambio entre la persona que solicita ayuda y el profesional que la ofrece. (UNIR REVISTA, 2021) Con esta primera entrevista se busca identificar, por medio de preguntas, factores de riesgos, mantenedores y protección que influyan de manera significativa en el paciente, con los cuales se pretende trabajar. Se establecerá el rapport con el objetivo de generar más confianza en el proceso de comunicación, para que la persona sea más abierta y receptiva haciendo que ella interactúe más, dé y reciba informaciones con menos resistencia. (Andrade, 2020). Mediante la escucha activa procederemos a prestar con mucha atención, sin interrumpir ni juzgar lo que dice el paciente. En la escucha activa nunca se opina sin antes escuchar completamente; nunca se interrumpe para dejar a medias lo que la otra persona tiene que decir. (ANÁHUAC MAYAB, 2021).	Psicólogo clínico

Sesión 2: Psicoeducación **Duración: 60 minutos** **Modalidad: individual o grupal**	Definición de la depresión. Dar a conocer el plan terapéutico, como el proceso a seguir	Informar y socializar al paciente sobre la patología, así como, sobre el procedimiento terapéutico que se llevará a cabo, con el fin de esclarecer todas las dudas del paciente	Psicoeducación	La psicoeducación es una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad. (Cancino & Moreno, 2017). En esta sesión se va explicar al paciente detalladamente el plan terapéutico a seguir, en donde se establecerán acuerdos y compromisos, tanto del terapeuta como del paciente, así como, el número de sesiones y el horario. De igual manera se dará a conocer con más precisión todo acerca de la patología actual.	Psicólogo clínico
Sesión 3: Pensamientos saludables **Duración: 60 minutos** **Modalidad: individual o grupal**	Pensamientos distorsionados Flexibilidad psicológica	Modificar pensamientos e ideas automáticos distorsionados que generan malestar en el paciente, con el fin de generar pensamientos más sanos que a su vez mediquen emociones	Terapia cognitiva Técnica a-b-c	La terapia cognitiva conductual ayuda a tomar conciencia de pensamientos imprecisos o negativos para que puedas visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más efectiva. (Mayo Clinic, 2021). El modelo ABC trata de explicar por qué las personas, pese a vivir un mismo evento, pueden desarrollar respuestas diferentes en función de sus propias creencias. Estas creencias nos ayudan a comprender cómo ve la persona el mundo y cómo decide ante las demandas de la vida cotidiana. (psicología y mente, 2019). En esta sesión se pretende modificar pensamientos y conductas del paciente mediante técnicas psicoterapéuticas. En la técnica ABC, se la llevará acabo con la ayuda de una hoja y lápiz, en la cual se pretende describir una situación hipotética problemática en donde el paciente, con la ayuda del profesional, identifique pensamientos, emociones y conductas. Una vez realizado este paso, el paciente, con la misma situación, deberá generar nuevos pensamientos, los mismos que generen emociones más saludables y por ende conductas más asertivas.	Psicólogo clínico

Sesión 4: Gestión de emociones **Duración: 60 minutos** **Modalidad: individual o grupal**	Manejo de emociones	Proporcionar al paciente estrategias con el fin de que logre manejar sus emociones de manera adecuada y saludable.	Gestión de emociones Técnicas de relajación	La gestión emocional se define como un conjunto de procesos psicológicos que permiten identificar y regular las emociones. (Siquia, 2022). Esta sesión va enfocada en explicar y enseñar al paciente como digerir sus emociones, de tal manera que favorezca su estado anímico. Las técnicas de relajación es un proceso que disminuye los efectos del estrés en la mente y el cuerpo, pueden ayudarte a lidiar con el estrés cotidiano. (Mayo Clinic, 2022). Por último, se terminará la sesión con una técnica de relajación, como la respiración profunda. La relajación permite despejar la mente y eliminar la tensión acumulada durante el día. La técnica de relajación ayudará al paciente a tener una mayor consciencia de sí mismo, mejorar la concentración y el estado anímico.	Psicólogo clínico
Sesión 5: Resolución de problemas **Duración: 60 minutos** **Modalidad: individual o grupal**	Toma de decisiones	Desarrollar en las pacientes habilidades que le permitan resolver de manera efectiva situaciones interpersonales de la vida cotidiana.	Toma de decisiones Resolución de problemas	La toma de decisiones conjunto de procesos a través del cual un sujeto toma la determinación de seleccionar una de las múltiples opciones. (Oscar, 2019). Resolución de problemas se denomina al conjunto de principios, técnicas y habilidades, aplicadas de un modo decidido y consciente, con un plan de acción o estrategia, dirigido a resolver las dificultades y alcanzar unos objetivos o metas. (Marta, 2018). Al finalizar lo solicitado se dará una retroalimentación y junto al paciente se evaluará el trabajo realizado en sesión para poder identificar lo que se debe mejorar o potenciar en cuanto a las habilidades del cliente para resolver problemas.	Psicólogo clínico

Sesión 6: Actividad física Duración: 60 minutos Modalidad: individual o grupal	Establecimiento de metas a corto plazo motivación	Guiar al paciente, con el fin de que supervise sus actividades diarias, evaluando diferentes actividades en función de su dominio y el placer que producen, así como asignar una variedad de actividades simples para que se realicen entre las sesiones	Actividad física Establecer metas	En esta sesión trabajaremos en hacer ejercicio físico con regularidad ya que puede ayudar a los pacientes a aliviar la depresión, ya que el ejercicio libera endorfinas que nos hacen sentir bien, también impide pensamientos negativos que alimentan a la depresión, ganar confianza en uno mismo y nos ayuda a interactuar más socialmente. (Mayo Clinic, 2017). Y mediante la técnica establecer metas les ayudara a los pacientes a centrarse, a usar y desarrollar habilidades y fortalezas de carácter, para tener más control en su vida, obteniendo logros y éxitos en todo ámbito. (Margarita, 2020).	Psicólogo clínico
Sesión 7: Seguimiento Duración: tres meses después de haber culminado el tratamiento Modalidad: individual o grupal	Bienestar psicológico Manejo de recaídas	Monitorear la mejora y los avances de forma habitual, con el propósito de que el paciente no regrese al problema por el que llegó y del cual ya se había alcanzado un progreso.	Motivación Estrategias de afrontamiento	En esta sesión trabajaremos en la motivación, ya que es una característica clave de la depresión para realizar tareas cotidianas. La motivación es algo que puede ayudar a cualquier individuo a mantenerse en acción, lograr los procesos necesarios e implementar las acciones pertinentes para conseguir un logro, objetivo o saciar una determinada necesidad. (Rosario, 2020). Por último, trabajaremos en las estrategias de afrontamiento, las estrategias centradas en el problema suelen ser utilizadas en condiciones de estrés visto como controlable: son estrategias orientadas hacia la tarea, para alcanzar la resolución y/o modificación del problema. En cambio, las estrategias centradas en las emociones tienden a ser utilizadas cuando percibimos el evento estresante como incontrolable, como lo que se puede experimentar	Psicólogo Clínico

	ante el peligro: se intenta afrontar el problema centrándose en las emociones y liberarlas e intentar relajarse. Por último, las estrategias basadas en la evitación tienden a manejarse en aquellos momentos en los que la persona asume aplazar el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales antes de afrontar activamente la situación: son estrategias centradas en la evasión, en la distracción, en tomar distancia del evento estresante, o volcarse en otra actividad para no pensar. (Ornella, 2016). Esta técnica se realizará 1 vez por mes para conversar con el paciente sobre sus avances y en el caso de que el cliente crea que sea necesario se agendará una nueva sesión. En este proceso se pretende que la persona ponga en práctica las habilidades y estrategias adquiridas y aprendidas durante su tratamiento.	

7. Discusión

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos. Es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más. (Medline Plus, 2022). El presente estudio tuvo como objetivo general, establecer la relación de la depresión y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N. 3 de la ciudad de Loja, a través de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI, obteniendo como resultado que no existe ninguna relación entre la depresión y las estrategias de afrontamiento; sin embargo, los pacientes sí utilizan las estrategias para cada situación diaria. En un estudio investigativo realizado por Alejandra Gambetta (2019), sobre la relación entre las estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna-Perú, indica que sí existe relación entre las estrategias de afrontamiento y niveles de depresión, siendo las estrategias de afrontamiento más aplicadas, el desentendimiento mental, desentendimiento conductual, enfocar y liberar emociones, aceptación, negación, supresión de actividades competentes y acudir a la religión.

En base al primer objetivo específico: "Evaluar los niveles de depresión en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N. 3 de Loja", se obtuvo como resultado que el 42,9% presenta una depresión ausente, el 27,1% una depresión leve, el 21,4% una depresión moderada y finalmente el 8,6% una depresión grave; en contraste con ello, existe un estudio sobre la depresión en pacientes con enfermedades crónico degenerativas en el Barrio Chonta Cruz Loja, realizado por Johana Erreyes (2017), en donde menciona que el 47% de los hipertensos presenta un nivel de depresión leve, el 35% un nivel de depresión moderado y finalmente el 18% presentaron depresión grave; en cuanto a los pacientes diabéticos, el 41% tiene un nivel de depresión moderada, el 35% un nivel de depresión leve y el 24% presenta depresión grave. En otro estudio realizado por Lucy Flores (2018), sobre la depresión en adultos mayores y su relación con sus determinantes biopsicosociales en la casa de reposo Mi Divino Niño de Jesús, Distrito de Morales periodo abril- septiembre, se puede evidenciar que del 100% de la población en estudio, el 47,8% presentan depresión leve, seguido de un 34,8% con depresión normal y un 17.4% con depresión severa.

En cuanto al segundo objetivo específico, “Identificar los estilos de afrontamiento de los pacientes diagnosticados con depresión del centro de salud N.3 de Loja”, se puede evidenciar que los resultados indican que la estrategia de resolución de problemas es la más utilizada con el 17,1% por parte de los pacientes que presentan depresión ausente; la estrategia del pensamiento desiderativo es aplicada por los pacientes con depresión leve con un 8,5%; así mismo, el pensamiento desiderativo es aplicado en los pacientes con depresión moderada en un 10% y en pacientes con depresión grave en un 4,3%. En un estudio realizado por Ana Aldas (2017), demuestra que las estrategias más utilizadas en Quito en el centro de salud N.4 de Chimbacalle, son autocrítica con el 56,7%, continuando por el pensamiento desiderativo con un 53,3%, así mismo la expresión emocional, reestructuración cognitiva y resolución de problemas con el 50%. En cambio, en Ambato en el Centro de Salud Tipo B Santa Rosa, se evidencia que las estrategias más utilizadas son, evitación de problemas y retirada social con un 50% cada una, así mismo la reestructuración cognitiva con un 46,7% y finalmente el apoyo social con un 36,7%.

En otro estudio realizado por María Soledad Proaño (2017) sobre pacientes con diabetes mellitus, menciona que predomina la estrategia de afrontamiento de retirada social con el 82,1%, continuando por la reestructuración cognitiva con el 53,3%, la resolución de problemas con el 23,3%, las estrategias de expresión emocional y pensamiento desiderativo representan un 6,7% cada una, apoyo social y evitación de problemas con un 3,3% respectivamente. En cambio, en el grupo de hipertensos se evidencia que la estrategia con mayor prevalencia es la de resolución de problemas con un 20%, así mismo la estrategia expresión emocional, apoyo social y reestructuración cognitiva con un 16,7% respectivamente, continuando con el pensamiento desiderativo y evitación de problemas con un 13,3%, finalmente la estrategia menos utilizada es retirada social con un 3,3%.

8. Conclusiones

Los resultados obtenidos tras el análisis de las variables sujetas a estudio en base a los objetivos planteados de la investigación establecen que:

- No existe relación entre la depresión y las estrategias de afrontamiento; sin embargo, los pacientes que no presentan depresión, sí utilizan estrategias de afrontamiento como la resolución de problemas y el pensamiento desiderativo en el momento adecuado.
- La depresión ausente y la depresión leve son los niveles más prevalentes en los pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N. 3 de la ciudad de Loja.
- Se consiguió identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por parte de los pacientes del centro de salud N. 3 de la ciudad de Loja, en donde sobresalen la resolución de problemas y el pensamiento desiderativo.
- Es necesario implementar planes de intervención psicoterapéutico a los pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N.3 de Loja, porque así se puede reducir los síntomas de la depresión y que los pacientes puedan sobrellevar la patología de forma más adaptativa en su vida diaria.

9. Recomendaciones

En base a los resultados recogidos del presente estudio y al aporte bibliográfico, se recomienda:

- Los establecimientos del centro de salud deben dar mayor relevancia a los pacientes con enfermedades crónicas especialmente a los que presentan depresión ya que a lo largo del tiempo la sintomatología puede incrementarse y es necesario utilizar las estrategias adecuadas para cada situación que se esté atravesando.
- Realizar talleres psicoeducativos sobre la depresión y sus consecuencias, a los pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N.3 para mejorar la salud mental y que los pacientes tengan más conocimientos sobre ello.
- Efectuar conferencias sobre la importancia de las estrategias de afrontamiento para que los pacientes tengan mayor información y así ayudarles a llevar una mejor calidad de vida.
- Realizar planes de intervención psicoterapéutica y de desarrollo personal, con la finalidad de que los pacientes gocen de una buena salud integral.

10. Bibliografía

Aldás, A. (2017). Estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en personal de salud. [Requisito previo para optar por el título de Psicóloga Clínica, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Institucional Ri UTA. https://bit.ly/3UAWe0r

Anáhuac Mayab. (2022). Importancia de la escucha activa: ¿Por qué los líderes del mundo lo aconsejan? *Posgrado.* https://bit.ly/3LAJi6F

Andrade, M. (1 de mayo de 2020). Rapport: qué es y cómo puedes usar esta poderosa arma de persuasión a favor de tu agencia. *RD STATION.* https://bit.ly/3R6Sp03

Andrés, A. (2020). ¿Qué es la gestión emocional y cuáles son sus beneficios? *SIQUIA.* https://bit.ly/3DNULxY

Armijos, P., Garcés, B., Reyes, M., Contento, B., y Contento, N. (2019). Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Loja, Ecuador. 9(1), 1-42. https://bit.ly/3R7ziDh

Así Vamos en Salud. (20 de abril de 2015). Enfermedades crónicas, una epidemia según la OMS. *Uno Web. https://bit.ly/3xKq09q*

Calderón, M. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered.* 29(3), 182-191. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408.

Castagnetta, O. Estrategias de afrontamiento: ¿qué son y cómo pueden ayudarnos? *Psicología y Mente.* https://bit.ly/3R0vaF7

Choque, C., Belking A., Quispe H., y Luz A. (2017). Efecto del consumo de la bebida de nuez sobre el estado de ansiedad y depresión en pacientes con problemas de adicción del centro de rehabilitación casa de la juventud Arequipa, 2016. [Tesis para optar el título profesional de Licenciadas en Nutrición Humana, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional Ri UNSA. https://bit.ly/3xJU19c

Cid., B. (2017). Estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica de paciente pediátricos según la edad en la que se diagnostica. *Biblioteca Lascasas.* 13. https://bit.ly/3dIlQrA

Cobo, J. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición (es), nosología, clasificación. *Psiquiatría.* 9(4). https://bit.ly/3fcb39N

Concepto Definición. (11 de febrero de 2021). Depresión. *Definición de psicología. https://bit.ly/3DMjJOk*

Corea del Cid, M., (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Méd Hondur.* 89(1), 1-68. https://bit.ly/3LD2rEZ

Cruz,C., Quispe, M., Oyola, A., Portugal, M., Lizarzaburu, E., Rodríguez, F., y Mejía, E. (2017). Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú. *Rev Cuerpo Med.* 10(4), 205-2011. https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2017.104.18

Cuevas, J., y Moreno, N. (8 de julio de 2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familiar en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria.* 14(3), 207-2018. https://bit.ly/3xKtrgh

De la Cruz, J., Dyzinger, W., Herzog, S., Dantos, F., Villegas, H., y Ezinga, M. (12 de diciembre de 2017). Medicina del estilo de vida: trabajando juntos para revertir la epidemia de las enfermedades crónicas en Latinoamérica. 4(2), 1-7. https://bit.ly/3UA3Osr

Dito, G., San Martin, M. (agosto del 2017). Identificación de síntomas emocionales de depresión en usuarias de género femenino atendidas en el CDID. [Sistematización de experiencias prácticas de investigación, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional Ri UG. https://bit.ly/3C5387b

Erreyes, J. (2017). Depresión en pacientes con enfermedades crónico degenerativas en el barrio Chontacruz Loja. [Tesis previo a la obtención del Título de Médico General, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Institucional Ri UNL. https://bit.ly/3dyD0rG

Farré, J., Lasheras, G., Tasa, E., y Marcús, M. (2016). Tipos de depresión. *PsicoDex.* https://bit.ly/3xLC764

Gallardo, I. (25 de mayo de 2021). Diabetes. *Cuídate.* https://bit.ly/3Sc9ven

Gambetta, B. (2017). Relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en paciente oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Essalud de Tacna, 2017. [Tesis para obtener la licenciatura en Psicología, Universidad Privada de Tacna]. Repositorio Institucional Ri UPT. https://bit.ly/3xKoyE6

Giménez, M. (2018). Estrategias eficaces en Psicología para la solución de problemas. *Área Humana.* https://bit.ly/3SlL9yq

Hanzu, F., y Mora, M. (18 de junio del 2021). Causas del Hipotiroidismo. *Clínic Barcelona. https://bit.ly/3UqGlK9*

Hervás, A. (4 de septiembre de 2020). Consecuencias de una depresión no tratada. *Psicólogos Animae.* https://bit.ly/3jKCg2o

Jiménez, M., Rivera, M., Martín, L., y Martínez, V. (2021). Concepto y epidemiología de la cronicidad. Editorial Médica Panamericana. https://bit.ly/3fdERCE

Joseph, G. S. (2019). Afrontamiento y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica. Puyo,2019. https://bit.ly/3S8xxa5

Maset, J. (13 de octubre de 2015). Depresión. *CINFASALUD.* https://bit.ly/3fcLLbw

Mayo Clinic. (1 de julio de 2021). Presión arterial alta (hipertensión). *MAYOCLINIC.* https://mayocl.in/3Sh4b9g

Mayo Clinic. (19 de noviembre de 2020). Hipotiroidismo (tiroides hipoactiva). *MAYOCLINIC.* https://mayocl.in/3SoBkQn

Mayo Clinic. (29 de julio de 2021). Terapia cognitivo conductual. *MAYOCLINIC.* https://mayocl.in/3BBPyGH

Mayo Clinic. (30 de octubre de 2020). Diabetes. *MAYOCLINIC.* https://mayocl.in/3UvNKI0

MDM Psicología Clínica. (2 de junio de 2020). Estrategias de afrontamiento: definición y clasificación. *MDM Psicología Clínica.* https://bit.ly/3UxqHfP

Medline Plus. (17 de diciembre de 2021). Diabetes. *MedlinePlus*. https://bit.ly/3Stvw8n

Medline Plus. (28 de enero de 2022). Hipotiroidismo. *MedlinePlus*. https://bit.ly/3R66ryY

Medline Plus. (30 de marzo de 2022). Presión arterial alta. *MedlinePlus*. https://bit.ly/3SllsxS

Medline Plus. (5 de octubre de 2020). Depresión. *MedlinePlus*. https://bit.ly/3dEaPYr

Ministerio de Salud Pública. (abril de 2022). Día Mundial de la Salud. *Ministerio de Salud Pública.* https://bit.ly/3r0P3B7

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (26 de febrero de 2019). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto. https://bit.ly/3f8yOPU

Montagud, N. Modelo ABC de Ellis: ¿qué es y cómo describe los pensamientos? *Psicología y Mente.* https://bit.ly/3LDF7Ha

Organización Mundial de la Salud (2000). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. https://bit.ly/3dAQDGR

Organización Mundial de la Salud. (13 de septiembre de 2021). Depresión. OMS. https://bit.ly/3xOVLOv

Organización Mundial de la Salud. (25 de agosto de 2021). Hipertensión. OMS. https://bit.ly/3C3wRx8

Organización Panamericana de Salud. (2021). Depresión. OPS/OMS. https://bit.ly/3UJPwph

Peiró, R. (2022). Motivación. *Economipedia.* https://bit.ly/3BGoCWf

Portal de Salud. (2018). Tipos de depresión. *Junta de Castilla y León.* https://bit.ly/3r5CZys

Proaño, M. (2017). Estudio comparativo de estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial: Caso Centro de Salud de Ingahurco Área N°1. [Proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica, Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional Ri PUCESA. https://bit.ly/3UzTbFK

Rincón, A., Gusñay, N., y Rodríguez, V. (2020). Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores de un centro de salud, Ecuador. *An Real Acad Farm.* 86(2), 125-132. https://bit.ly/3r0KZkl

Rodríguez, M. (8 de julio de 2016). Las causas principales de la depresión. *Psicología y Mente.* https://bit.ly/3r0If6Q

Salud Mental 360. (8 de abril de 2022). Factores de riesgo de la depresión. *SOM.* https://bit.ly/3qXFIu3

Sepúlveda, A., Romero, A., y Jaramillo, L. (octubre de 2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Boletín médico del Hospital Infantil de México.* 69(5), 1665-1146. https://bit.ly/3BGC9gC

Tarragona, M. (17 de julio de 2020). Alcanza tus metas con ayuda de la psicología positiva. *CuerpoMente.* https://bit.ly/3R0uK1v

Terapias Ágora. (3 de mayo de 2022). Características de la depresión. *Centro psicológico terapias ágora.* https://bit.ly/3SoXf9X

Toasa, J. (noviembre de 2017). Estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis. [Requisito previo para optar por el título de Psicóloga Clínica, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Institucional Ri UTA. https://bit.ly/3dwoeSt

Universidad Internacional de Valencia. (29 de agosto de 2018). Enfermedades crónicas: 10 ejemplos que quizás no conocías. *Ciencias de la Salud.* https://bit.ly/3qXZmGc

Velasco, L., y Martínez, K. (2018). Depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales en la Casa de Reposo Mi divino Niño Jesús. Distrito de Morales período abril-septiembre 2018. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería, Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto]. Repositorio Institucional Ri UNSM. https://bit.ly/3y8obDx

Zoch, C. (abril de 2002). Depresión. *Universidad de Costa Rica.* https://bit.ly/3SIv2vh

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación del proyecto de tesis.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Loja, 06 de mayo de 2022

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Ciudad. -

De mis consideraciones:

En respuesta al **Oficio. No. -199- C.PS.CL- FSH-UNL**, recibido con fecha 06 de mayo de 2022, solicitándome el respectivo informe de estructura y coherencia del proyecto denominado: **"DEPRESIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD N. 3 DE LOJA, 2022",** de la autoría del señor Jonathan Raúl Sarango Sánchez., con número de cédula de identidad 1105614828, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, puedo manifestar que posterior a las correcciones realizadas y entregadas con fecha 28 de abril de 2022, el proyecto cuenta con la pertinencia en estructura y coherencia.

Sin otro particular agradezco su atención.

Atentamente,

Firmado electrónicamente por:
MARIA PAULA
TORRES POZO

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Anexo 2. Certificado del resumen traducción al inglés.

Loja, 13 de octubre de 2022

Mgtr.

Edgar M. Castillo C.

MAGÍSTER EN PEDAGOGÍA PARA LA ENSEÑANZA DEL IDIOMA INGLÉS COMO LENGUA EXTRANJERA

Certifica. -

Haber traducido de español a inglés el resumen del trabajo de integración curricular: **Depresión y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N.° 3 de Loja, 2022,** de la autoría del estudiante Jonathan Raúl Sarango Sánchez, C.I.: 1105614828.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo el interesado hacer uso del presente documento cuando lo considere conveniente.

Firmado electrónicamente por:
EDGAR MARIANO CASTILLO CUESTA

Edgar M. Castillo C.
EFL TEACHER
Nro. Reg. Senescyt: 1031-07-785748

Anexo 3. Certificado de tribual de grado.

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 21 de noviembre de 2022

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado: **DEPRESIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD N.º 3. DE LOJA, 2022**, de la autoría del Sr. **Jonathan Raúl Sarango Sánchez** portador de la cédula de identidad Nro., **1105614828** previo a la obtención del título de **Psicólogo Clínico**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del Tribunal o por la Director Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del Trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y Sustentación Pública.

APROBADO

Dra. Anabel Larriva Borrero
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Psic. Cli. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mgs
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Psic. Cli. Mónica Elizabeth Carrión Reyes, Mgs
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Anexo 4. Consentimiento informado del Inventario de depresión de Beck

Consentimiento informado para participantes de investigación

La presente investigación es dirigida por Jonathan Raúl Sarango Sánchez, egresado de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja. El objetivo de este estudio es identificar la depresión y estrategias de afrontamiento en los pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N. 3 de la ciudad de Loja.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder al reactivo psicológico: Inventario de Depresión de Beck (BDI,BDI-II), el cual le tomará de 10 a 15 minutos aproximadamente.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información recogida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Así mismo sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento de la aplicación, así mismo, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderla.

Desde ya le agradezco su participación.

(Yo)……, con número de cédula de ciudadanía……., expresó el deseo de participar de forma voluntaria y consciente en esta investigación, conducida por Jonathan Raúl Sarango Sánchez. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es identificar la depresión y estrategias de afrontamiento en los pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N. 3 de la ciudad de Loja.

En constancia firma:

……

Anexo 5. Consentimiento informado del Inventario de estrategias de afrontamiento

Consentimiento informado para participantes de investigación

La presente investigación es dirigida por Jonathan Raúl Sarango Sánchez, egresado de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja. El objetivo de este estudio es identificar la depresión y estrategias de afrontamiento en los pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N. 3 de la ciudad de Loja.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder al reactivo psicológico: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), el cual le tomará 45 minutos aproximadamente.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información recogida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Así mismo sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento de la aplicación, así mismo, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderla.

Desde ya le agradezco su participación.

(Yo)……, con número de cédula de ciudadanía……, expresó el deseo de participar de forma voluntaria y consciente en esta investigación, conducida por Jonathan Raúl Sarango Sánchez. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es identificar la depresión y estrategias de afrontamiento en los pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud N. 3 de la ciudad de Loja.

En constancia firma:

……

Anexo 6. Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: ……Estado Civil…… Edad: ……Sexo:…..

Ocupación……. . .. Educación: ……Fecha: ……

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza
0 No me siento triste. **1** Me siento triste gran parte del tiempo **2** Me siento triste todo el tiempo. **3** Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. Pesimismo
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro. **1** Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. **2** No espero que las cosas funcionen para mí. **3** Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede 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. Perdida de placer

0 Obtengo tanto 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 que solía disfrutar. **3** No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar
5. Sentimientos 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. Sentimientos de castigo
0 No siento que este 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 acerca de mi lo mismo que siempre. **1** 1He perdido la confianza en mí mismo. **2** Estoy decepcionado conmigo mismo. **3** No me gusto a mí mismo
8. Autocritica
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 tenidos 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 que solía hacerlo. **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 tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12. Perdida de interés
0 No he perdido el 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 propias decisiones tan bien como siempre. **1** Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. **2** Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. **3** Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvaloración
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. Perdida 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. Cambios en los hábitos de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. **1a** Duermo un poco más que lo habitual. **1b** Duermo un poco menos que lo habitual. **2a** Duermo mucho más que lo habitual. **2b** Duermo mucho menos que lo habitual. **3a** Duermo la mayor parte del día. **3b** Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
17. Irritabilidad
0 No estoy tan 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. Cambios en el apetito
0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. **1a** Mi apetito es un poco menor que lo habitual. **1b** Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. **2a** Mi apetito es mucho menor que antes. **2b** Mi apetito es mucho mayor que lo habitual **3a** No tengo apetito en absoluto. **3b** Quiero comer todo el día.
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 más cansado o fatigado que lo habitual. **1** Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. **2** Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. **3** Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía
21. Perdida 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 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje total:_____

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y Garcí a, 2007)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y como éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, solo escriba tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejo usted esta situación.

Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda.

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca solo un número en cada uno de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

	Nombre: edad: fecha:					
1	Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3	Deje de salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5	Encontré a alguien que escucho mi problema	0	1	2	3	4

6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8	Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13	Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambie la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0	1	2	3	4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4

22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporté como su nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4

37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fijé en lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4

Me consideré capaz de afrontar la situación _____

0 1 2 3 4

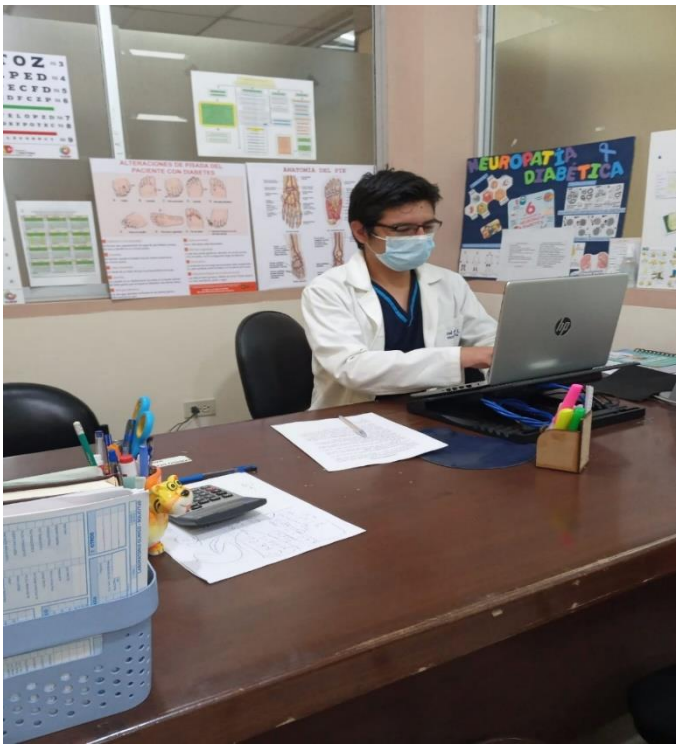
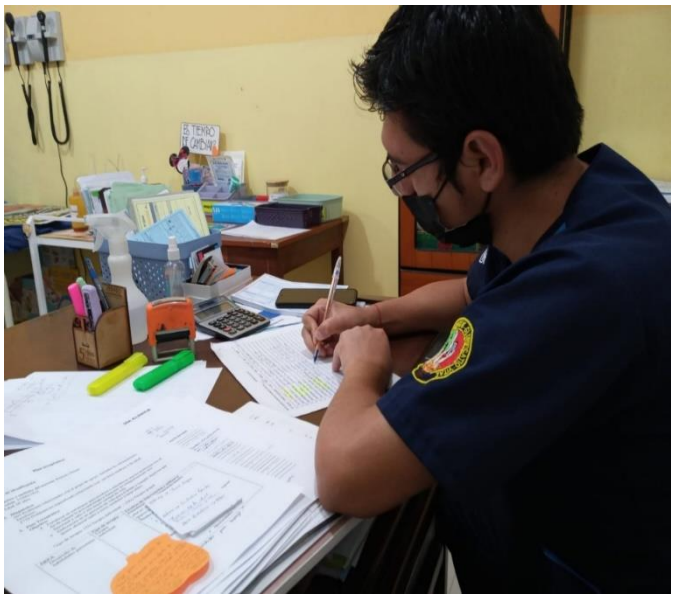
FIN DE LA PRUEBA

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)	
Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (baremo)									
Pc	**REP**	**AUT**	**EEM**	**PSD**	**APS**	**REC**	**EVP**	**RES**	**Pc**
1	1								**1**
2	2			0	0	0			**2**
3	3			1	1	1			**3**
4	4		0	1	2	2			**4**
5	5		1	2	3	2	0		**5**
10	6		3	4	4	4	1		**10**
15	8		4	5	5	5	2	0	**15**
20	10		4	6	6	6	2	1	**20**
25	11		5	7	7	6	3	1	**25**

30	12	0	5	8	8	7	3	2	**30**
35	13	1	6	9	8	8	4	2	**35**
40	14	2	7	10	9	9	4	2	**40**
45	15	3	8	12	10	9	5	3	**45**
50	16	3	9	12	11	10	5	3	**50**
55	16	4	9	13	12	11	6	4	**55**
60	16	5	10	14	13	12	7	4	**60**
65	17	6	11	15	13	12	7	5	**65**
70	18	7	11	16	14	13	8	5	**70**
75	19	8	12	16	15	14	8	6	**75**
80	19	10	14	17	16	15	9	7	**80**
85	20	12	15	18	17	16	10	8	**85**
90	20	14	16	19	18	17	11	9	**90**
95	20	16	18	20	19	18	13	11	**95**
96	20	17	18	20	20	19	13	11	**96**
97	20	18	19	20	20	19	14	11	**97**
98	20	20	20	20	20	19	16	13	**98**
99	20	20	20	20	20	20	16	15	**99**
	REP	**AUT**	**EEM**	**PSD**	**APS**	**REC**	**EVP**	**RES**	
Media	**14,25**	**5,11**	**8,89**	**11,66**	**13,93**	**10,17**	**5,81**	**3,93**	**Media**
DT	**5,01**	**5,05**	**5,05**	**5,05**	**5,12**	**4,94**	**3,89**	**3,53**	**DT**
N	**335**	**335**	**335**	**334**	**332**	**335**	**334**	**334**	**N**

Ficha sociodemográfica

Nombres y apellidos:							
Edad:							
Profesión:							
Ocupación en el trabajo:							
Sexo:	Hombre:( )			Mujer:( )			
Estado civil:							
Número de hijos:							
Lugar de procedencia:							
Religión:							
Etnia:	Mestizo/a: ( )	Quichua: ( )	Achuar: ( )	Saraguro: ( )	Blanco: ( )	Negro: ( )	Otros: ( )
Celular:			Correo:				

Anexo 7. Fotografías