

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS



Tesis de Grado

**“Estrategias de afrontamiento al estrés y niveles de
depresión en personas con discapacidad”.**

Presentada por:

Cepeda, Luciana.

Título a obtener: Licenciatura en Psicología.

Fecha: Diciembre 2020.

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer a todas las personas que me han acompañado durante este camino y etapa de mi vida.

En primer lugar a Dios por permitirme finalizar esta carrera y alcanzar el objetivo, más allá del tiempo.

A mi esposo Sergio, y a mis 2 hijos, Tomas y Maria Paz, quienes se acoplaron a este desafío y colaboraron para que pueda realizarlo.

A mis padres que aguantaron y sostuvieron toda la primera etapa de la carrera, aun cuando quise dejar.

A mi amigo Hernan que puso en mi el desafío de retomar la carrera después de 10 años e incentivo para que esto pase.

Al resto de la familia, amigos y compañeros de facultad que me alentaron y sostuvieron cuando el cansancio se hacía notar, y me animaron a no bajar los brazos.

A mi tutora Geraldine Panelli, por orientarme en el proceso final de la carrera.

Por último, a las personas que dedicaron de su tiempo en la toma de las muestras para que esta investigación sea finalizada.

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.”

RESUMEN:

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes con discapacidad motora.

El tipo de investigación es básica, y por su nivel de conocimientos es correlacional; en cuanto al diseño es no experimental y transaccional. La población estuvo conformada por 40 pacientes con discapacidad motora; 19 mujeres y 21 hombres, con un rango etario de 19 a 84 años de edad.

Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), además de un cuestionario de datos sociodemográficos. Los resultados mostraron que se encontraron relaciones significativas entre la depresión y las estrategias de afrontamiento al estrés.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, niveles de depresión, discapacidad.

"STRATEGIES TO DEAL WITH STRESS AND LEVELS OF DEPRESSION IN PEOPLE WITH DISABILITIES."

ABSTRACT:

This study aimed to establish the relationship between coping strategies and levels of depression in patients with motor disabilities.

The type of research is basic, and because of its level of knowledge is correlational; design is non experimental and transactional. The population consisted of 40 patients with motor disabilities; 19 women and 21 men, with an age range of 19 to 84 years.

The instruments applied were the Stress Coping Questionnaire (CAE) and the Beck-II Depression Inventory (BDI-II), as well a sociodemographic data questionnaire. The results showed that significant relationships were found between depression and stress coping strategies.

Key words: Coping strategies, levels of depression, disability.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	2
ÍNDICE GENERAL	4
ÍNDICE DE TABLAS	6
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	9
Discapacidad	9
Concepto de Estrés	10
Concepto de Afrontamiento	14
Depresión	19
ESTADO DEL ARTE	23
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	26
Objetivo general	26
Objetivos específicos	26
Hipótesis	26
Planteamiento del problema	26
Justificación y relevancia	28
Tipo de estudio	29

Población	29
Muestra	29
Técnicas e instrumentos	30
Cuestionario de Afrontamiento al Estrés	30
Inventario depresión de Aaron Beck II (BDI-II)	32
Procedimiento	34
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	35
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES	42
REFERENCIAS	45
ANEXO 1: GRÁFICOS	49
ANEXO 2: CUESTIONARIOS	52

Indice de Tablas:

Tabla 1: Prueba de Normalidad y variables.	Pag. 35
Tabla 2: Análisis descriptivo de la muestra.	Pag. 36
Tabla 3: Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento	Pag. 37
Tabla 4: Comparación de medias de muestra actual con muestra total De Sandin y Chorot (2003).	Pag. 38
Tabla 5: Estadísticos descriptivos de la variable Depresión.	Pag. 39
Tabla 6: Relación entre Autonomía, Depresión y Estrategias de Afrontamiento.	Pag. 40
Tabla 7: Relación entre depresión y Estrategias de Afrontamiento.	Pag. 41

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN:

Muchas personas con discapacidad carecen de igual acceso a la atención de salud, la educación y las oportunidades laborales que las demás personas; no reciben los servicios que necesitan de acuerdo con su discapacidad, y se hallan excluidos de actividades de la vida cotidiana. Desde la entrada en vigor de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la discapacidad se considera, en medida creciente, una cuestión de derechos humanos. También constituye un problema importante desde el punto de vista del desarrollo: hay un conjunto creciente de evidencia que demuestra que las personas con discapacidad se encuentran en peor situación socioeconómica y sufren más pobreza que las personas sin discapacidad. Pese a la magnitud del tema, no hay conciencia ni información científica suficiente acerca de la discapacidad. No se ha llegado a un acuerdo sobre definiciones y se dispone de escasa información comparable internacionalmente sobre la incidencia, la distribución y las tendencias de la discapacidad. Hay pocos documentos donde se recopilen y analicen las formas en que los países han elaborado políticas y soluciones para abordar las necesidades de las personas con discapacidad.

Esta investigación consta de cuatro capítulos. En el Capítulo 1, se plantea y presenta el problema del estudio; estos lo conforman el planteamiento y formulación del problema, se encuentran los objetivos, tanto general como específicos, seguidamente las hipótesis, y finalmente la justificación.

En el Capítulo 2, se detalla el marco teórico, fundamentos teóricos de las variables de la investigación. En el Capítulo 3 se detalla la metodología empleada en la investigación; la cual consta de la identificación y operacionalización de variables, seguidamente del enfoque, tipo y diseño de la investigación, así mismo, el ámbito de estudio, población y muestra en donde se llevó a cabo, las técnicas e instrumentos aplicados para medir las dos variables, y cuáles fueron los procedimientos ejecutados. Por último, en el Capítulo 4 se describen los resultados, seguidamente se encuentra la contrastación de las hipótesis planteadas, y discusión. También, se mencionan las conclusiones y recomendaciones respectivas.

Para finalizar, este estudio busca contribuir en la psicología, ya que aporta conocimiento en relación a la discapacidad, el contenido y los resultados sirven de base para el desarrollo de nuevas investigaciones que estén relacionadas con la población o las variables de estudio, considerando que este trabajo es nuevo en la región y poco investigado a nivel nacional e incluso internacionalmente. El papel del profesional de la psicología es primordial en relación a dicha problemática, motiva a generar intervenciones certeras que tengan como propósito orientar el empleo de estrategias de afrontamiento adaptativas frente a diversas situaciones estresantes y/o reducir los niveles de depresión en las personas que padezcan discapacidad motora.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO:

Discapacidad:

En primer lugar, expondré el concepto genérico de discapacidad para después pasar a centrar la atención en el objeto de estudio del trabajo, la discapacidad motora. La OMS (Organización Mundial de la Salud), define deficiencia como “pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”. Además, define el término discapacidad como “restricción o ausencia por deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (Camacho-Conchucos, Fajardo-Campos y Zavaleta de Flores, 2012, p.120).

En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) presenta el modelo del Funcionamiento y de la Discapacidad como proceso y resultado interactivo y evolutivo desde una perspectiva múltiple. Se trata de integrar el modelo médico y el modelo social, presentando un modelo biopsicosocial.

La existencia de una deficiencia no siempre implica discapacidad, mientras que, por el contrario, siempre que hay discapacidad suele haber deficiencia.

La denominación discapacidad motora, tal y como reconoce la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), se refiere a cualquier restricción o falta de capacidad (como consecuencia de una deficiencia física) para llevar a cabo una actividad de la manera o el nivel considerado normal para un individuo en su situación sociocultural específica (López, Fernández y Polo, 2005).

Peralta (2011), señala que estos trastornos se producen por una lesión o enfermedad del sistema nervioso o del aparato locomotor (articulaciones, huesos, músculos) pero que los factores causales pueden ser agentes traumáticos, metabólicos, infecciosos o genéticos que lesionan las estructuras e impiden su correcto desarrollo.

Parra y Luque-Rojas (2013), apuntan que la discapacidad motora es un estado de limitación en la movilidad o comunicación, debido a la interacción entre factores individuales (dificultades por un inferior funcionamiento del sistema osteo-articular, muscular y/o nervioso) y aquellos derivados de un contexto menos accesible o no adaptado.

El término discapacidad motora hace referencia a una alteración en la capacidad del movimiento que implica en distinto grado a las funciones de desplazamiento y/o manipulación, bucofonatorias o de la respiración y que limita a la persona en su desarrollo personal y social (Crespo, 2005, en Pérez y Garaigordobil, 2007, p.344).

En segundo lugar, para comprender el significado de estrategias de afrontamiento es conveniente analizar qué es el estrés, qué lo origina y cómo se da en las personas.

Concepto de Estrés:

Según Lazarus (2000) el estrés es un factor muy importante para la salud psicológica, fisiológica y social. Esta afirmación explica el surgimiento de varias teorías e investigaciones acerca de este fenómeno. Al revisar la literatura se aprecia que los modelos más relevantes son tres: a) los que conciben al estrés como una respuesta, (b) como un estímulo o (c) como una interacción entre el individuo y el entorno. Pero más allá del modelo considerado, hay que reconocer que existe cierto consenso en afirmar que no todo tipo de estrés es perjudicial para la salud. Todo individuo para responder a

las exigencias de la vida cotidiana requiere de una determinada cantidad de estrés. Este incremento de estrés es saludable, positivo y facilita la búsqueda de bienestar y realización personal.

El modelo de Lazarus y Folkman tiene como propósito principal comprender a los factores psicológicos como mediadores entre los estresores y la respuesta fisiológica de la persona; es así que dichos autores definen el estrés como un proceso interaccional, que se da entre la persona y la situación, este se produce cuando el sujeto valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar (Sandín, 1995).

La teoría de estrés de Lazarus (1966) comienza con la percepción de un acontecimiento o de un estímulo, donde el individuo hace una evaluación primaria del significado personal del acontecimiento, que será irrelevante o relevante para el bienestar físico y psicológico. Un acontecimiento irrelevante podría ser el divorcio de otra persona o la quiebra de una empresa ajena, etc., es decir, que no son estresantes; por otro lado un acontecimiento relevante puede evaluarse como amenazante o como reto, el significado de esta evaluación está en que las dos etiquetas generan emociones distintas; después de una evaluación de reto los sujetos participan en la actividad con una sensación de esperanza y con ganas de hacerle frente al evento, sin embargo, al percibir una amenaza, las personas se preocupan, les da miedo y ansiedad (Johnmarshall, 2002).

Esta amenaza causa un aumento en las descargas del sistema nervioso autónomo en forma de activación simpática a medida que el individuo se aliste para el reto o amenaza que se aproxima, una señal corporal de que hacen falta respuestas de enfrentamiento.

La activación implica una búsqueda cognitiva de las opciones de enfrentamiento disponible y un pronóstico de si cada opción tendrá o no éxito a la hora de abordar el estresor. Cuando un sujeto evalúa como óptimos sus recursos de afrontamiento suelen consultar estrategias, habilidades y capacidades personales; estos recursos le hacen a la persona generar un cambio en el ambiente o controlar las reacciones emocionales, cognitivas y fisiológicas. Gracias a la evaluación secundaria el individuo se da cuenta de las diferencias que existe entre sus recursos y las capacidades que exige la situación; mientras mayor sea la discrepancia, mayor será la ansiedad (Johnmarshall, 2002)

Las personas se diferencian en la forma de valorar los estresores y de responder ante ellos (Lazarus & Folkman, 1986). Numerosos autores (Gonzalez-Forteza, Andrade Palos & Jimenez Tapia, 1997; Lazarus & Folkman, 1986; Neufeld, 1984 y Ramos & Galera, 1997) señalan que los individuos no son igualmente sensibles y vulnerables ante determinados estímulos y por lo tanto las interpretaciones (evaluaciones) y consiguientes reacciones diferirá. La vulnerabilidad al estrés está determinada en gran medida por factores tales como, la herencia, antecedentes de enfermedades anteriores, salud física y mental, alimentación, contexto profesional y social, como así también el perfil de personalidad (Gutierrez García, Oros de Sapia, L. y Neifert, I. / Evaluar, 1 (2006), 1 - 14 3 1998; Oros, 2000; Slipack, 1991b, 1992).

Estos factores influyen considerablemente en la sintomatología asociada al estrés y su momento de aparición.

Los síntomas físicos, emocionales y psíquicos del distrés son muy variados. En general estos síntomas incluyen ansiedad, depresión, hostilidad, miedo, tensión, problemas gastrointestinales como diarrea o estreñimiento, falta de apetito o glotonería,

fatiga intensa, insomnio, vértigo, taquicardia, sensación de nudo en la garganta, boca seca, excesiva sudoración en la palma de las manos, perjuicio del funcionamiento intelectual y detrimento del aprendizaje (Garbee et al., 1980, Martínez, 1977, Wexler, 1978, citados en Tobal, Martín Díaz y Fernández Frías, 1998).

Niveles de estrés:

Según datos de la American Psychological Association en su portal web oficial, se pueden identificar diferentes tipos de estrés. <https://www.apa.org/helpcenter/stress>

Agudo: De corto plazo. Se da luego de tensiones pertenecientes al pasado reciente y al futuro cercano, esto quiere decir que resulta excitante para la persona, pero abusar de él puede ser peligroso por el desgaste que produce.

Agudo episódico: Se trata del estrés agudo explicado anteriormente, pero que se suscita de forma reiterativa en la vida de la persona. Por lo general, el tipo de personas afectado por este estrés suele ser desordenado, por lo que siempre tiene prisa. El principal conflicto de salud que puede provocar son los cardíacos. En ocasiones, las personas pesimistas sufren este estrés.

Crónico: Es el más desgastante de los tres, logra afectar la vida diaria, ya que los síntomas se expanden a todas las áreas. Las personas que lo padecen no visualizan soluciones posibles a sus problemas, ya que es toda su forma de vida la que provoca el estrés crónico.

Concepto de Afrontamiento

Las personas estamos todo el tiempo dentro de un contexto, en el que suceden cosas y surge la necesidad de evaluar estos sucesos, otorgándoles significados varios y clasificándolos entre insignificantes o estresantes, es decir, aquellas situaciones que son potencialmente peligrosas y que pueden poner en riesgo la salud psicofísica de las personas. Debido a esto, el estrés implica la interacción entre los seres humanos y el entorno, en la cual al percibir una situación como amenazante, el individuo realiza una evaluación de sus recursos para contrarrestar. Al momento de proceder en la clasificación de un estímulo que podría resultar amenazador, suelen influir las características propias de este, así como también las creencias, factores personales y compromisos del sujeto (Reynoso, 2005 citado en Mikkelsen Ramella, 2009).

El afrontamiento frente al estrés hace referencia al esfuerzo cognitivo y conductual y de carácter cambiante que se realiza para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas de forma desbordante para la persona.

Son diversas las estrategias de afrontamiento frente al estrés, recogemos aquí las 18 estrategias más importantes según la ciencia recopiladas por Fernández-Abascal (2003):

1. **Reevaluación positiva.** Afrontamiento activo enfocado a crear un nuevo significado a la situación problema, intentando sacar la parte positiva.
2. **Reacción depresiva.** La persona se siente desbordada por la situación y la enfoca de manera pesimista.

3. Negación. Ausencia de aceptación del problema, por lo que se evita distorsionando la realidad para que su valoración sea acorde con nuestra valoración.
4. Planificación. Análisis racional del problema para generar estrategias que puedan alterar la situación problema.
5. Conformismo. Se da cuando el individuo tiene sensación de falta de control personal sobre las consecuencias del problema y acepta la situación tal y como viene.
6. Desconexión mental. Pensamientos distractivos para evitar pensar en el problema.
7. Desarrollo personal. La situación supone un estímulo de aprendizaje que sirve para mejorar nuestras capacidades personales.
8. Control emocional. Regularización de los recursos para ocultar nuestros sentimientos.
9. Distanciamiento. Supresión cognitiva de los efectos emocionales que acarrea el problema.
10. Supresión de actividades distractoras. Búsqueda de soluciones centrándose exclusivamente en el problema objetivo.
11. Refrenar el afrontamiento. No hacer nada hasta que no se tenga más información sobre el problema.
12. Evitar el afrontamiento. No hacer nada, pero con la previsión de que cualquier cosa que hagamos puede empeorar la situación.

13. Resolución del problema. Realización de una acción directa y racional para solucionar el problema.
14. Apoyo social al problema. Buscar información y consejo en los demás sobre las posibles soluciones al problema.
15. Desconexión comportamental. Evitación de la solución al problema.
16. Expresión emocional. Manifestaciones expresivas de la reacción emocional fruto del problema.
17. Apoyo social emocional. Búsqueda de comprensión en los demás sobre la situación problema.
18. Respuesta paliativa. Búsqueda de situaciones que evitan la situación estresante o nos hacen sentir mejor (comer, fumar, beber...)

Como se puede observar no todas las respuestas de afrontamiento, aunque tengan éxito para aliviar el estrés pueden tener efectos negativos. Si una estrategia funciona se mantendrá en repetidas ocasiones; por lo que elegir la más saludable y la que nos aporte mayor resiliencia será clave para caer en resoluciones de problemas banales y poco constructivas para nuestro desarrollo personal.

Los obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad motora son:

Movilidad.

Muchas personas con discapacidad tienen dificultades para caminar y sortear obstáculos, tanto en su propio hogar como en su comunidad. Esto puede afectarla forma

en que se hacen cargo de sus actividades cotidianas, como vestirse o bañarse, así como la frecuencia con la que pueden salir de la casa. A veces tener problemas de movilidad significa que necesitan ayuda de otras personas para hacer cosas que la mayoría de los individuos puede hacer por su cuenta, lo cual puede ser frustrante.

Ser incapaz de conducir puede limitar aún más la capacidad para participar en actividades importantes de la vida como el trabajo y el juego, así como el cuidado de las tareas cotidianas como ir de compras o a visitar a los amigos. Al no tener la fuerza, la resistencia, u otras habilidades necesarias para hacer lo que quieren hacer, cuándo y cómo desea hacerlo, pueden hacer que se sienta frustrado, enojado o impotente.

Accesibilidad.

Porque la mayoría de las casas y muchos edificios, así como las empresas, generalmente no cumplen con las directrices para la accesibilidad para personas con discapacidad, a las personas que se desplazan lentamente, o en silla de ruedas, en scooters, con andadores o bastones, les puede resultar más difícil ir de compras, comer, trabajar, o incluso tener acceso a los servicios de atención a la salud y otros servicios profesionales.

Barreras sociales y aislamiento.

No todos los obstáculos y las barreras que las personas con discapacidad enfrentan son físicos. Muchas personas sin discapacidad no entienden lo que se siente al tener una discapacidad o no saben cómo actuar con alguien que tiene una discapacidad.

Además, algunas personas se sienten incómodas o tienen prejuicios y actitudes negativas hacia las personas con discapacidad. Estas son las barreras sociales que pueden hacer que sea más difícil para las personas con discapacidad establecer amistades y otras relaciones. No tener un buen apoyo social aumenta el riesgo de cualquier persona a sufrir de depresión.

Empleo.

En general, las personas con discapacidad pueden tener más dificultades para encontrar y mantener un empleo. A veces esto puede deberse a las propias limitaciones, ya sea físicas, o de otro tipo, que tiene la persona y, a veces, eso es a causa de los prejuicios sociales y conceptos erróneos que llegan a albergar las demás personas.

Cualquiera que sean las razones, las dificultades para encontrar y mantener un trabajo, pueden conducir a problemas financieros, que son una fuente adicional de estrés. El trabajo es también una fuente importante de autoestima para muchas personas. No ser capaz de trabajar, cuando se tiene el deseo de hacerlo, puede acarrear a la persona sentimientos de inutilidad o de culpa.

Salud.

Muchas personas con discapacidad gozan de buena salud, pero algunos tipos de discapacidad están asociados a más problemas de salud y, a veces, las personas con discapacidad tienen problemas para recibir la atención médica que necesitan. Incluso las personas que no tienen discapacidad suelen tener más probabilidades de sufrir depresión cuando tienen que enfrentar muchos problemas médicos. Encontrar maneras de pagar

por la atención médica puede ser especialmente difícil para las personas en condición de discapacidad.

No todas las discapacidades son visibles.

Algunos individuos con discapacidades se ven y se mueven igual que las personas sin discapacidad, pero pueden tener problemas para oír, hablar, ver, leer, pensar, prestar atención o recordar. Otras personas con enfermedades crónicas pueden no presentar atribuciones físicas características de discapacidad, pero tienen problemas con el dolor, la fatiga u otros síntomas incapacitantes físicos. Este tipo de problemas pueden hacerle a la persona difícil trabajar ir a la escuela, cuidar de sí mismo y comunicarse con los demás.

Las personas con este tipo de discapacidades pueden tener problemas al tratar con los demás, simplemente porque ellos no pueden darse cuenta fácilmente de su discapacidad, ni entender lo que está pasando. Además de la ayuda médica que una persona pueda conseguir para tratar su depresión, se les recomienda también que hablen con familiares u otras personas y, si es posible, con personas que padecen una discapacidad similar, pues le podrán entender y ayudar mucho mejor. Un grupo de autoayuda suele ser una muy buena opción.

Depresión:

En tercer lugar, expondremos el concepto de depresión; de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), es un trastorno afectivo que tiene un

período de tiempo de al menos dos semanas, cuyo rasgo principal es la presencia de un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o del placer en casi todas las actividades. Se caracteriza por la presencia otros síntomas, los cuales son: cambios en el apetito o el peso, en el sueño y en la actividad psicomotora, fatiga o energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida o intentos de suicidio.

Existen muchos modelos que explican la psicopatología de la depresión, sin embargo, dentro del modelo cognitivo el autor que más ha generado investigaciones y aportes es Aaron Beck, ya que se apoyó en un enfoque clínico y experimental, que facilitaron la terapia. (Vásquez, Hervás, Hernangómez & Romero, 2010). Ese es el que vamos a tomar en cuenta.

Modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Postula que las personas tienen una predisposición cognitiva que se pone en funcionamiento cuando se dan situaciones estresantes de la vida. Esta vulnerabilidad consiste en un conjunto de esquemas negativos y por ende desadaptativos que frecuentemente reflejan pérdida, derrota o inutilidad. En la depresión hay un funcionamiento inadecuado del procesamiento de información, causado por la activación de creencias centrales profundas por acontecimientos relevantes de la vida de la persona y que conllevan a síntomas tanto fisiológicos como emocionales y conductuales.

El modelo cognitivo plantea que el primer síntoma depresivo es la activación de esquemas negativos relacionados con la cosmovisión de uno mismo, del mundo y del

futuro. Es decir, las personas que aprendieron en la infancia dichos esquemas o que tienen una tendencia a tener errores de procesamiento, estarán más inclinados a padecer un trastorno depresivo que aquellos individuos que tienen una baja tendencia a cometer errores de procesamiento de la información.

Cualquiera sea la causa de la depresión, la mayoría de las personas muestran ciertas características cognitivas en común:

Pensamientos automáticos. Son pensamientos e imágenes que aparecen gracias a eventos externos o internos determinados, acontecimientos activadores, sesgos que se comenten al interpretar los acontecimientos. Los pensamientos automáticos son importantes para la expresión de las creencias que las personas depresivas tienen, ya que suelen considerarlos como verdades que no están distorsionadas.

Distorsiones cognitivas. En las personas depresivas los esquemas cognitivos que se activan ocasionan errores de procesamiento de información o distorsiones cognitivas, por un lado, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio, y por otro lado estas hacen que el depresivo mantenga la validez de sus creencias.

Triada cognitiva. Consiste en tres esquemas cognitivos que hacen que la persona se perciba a sí mismo, al mundo y al futuro como negativos. La percepción negativa de sí mismo, lo hace desgraciado e inadecuado, esto se manifiesta en la visión que tienen del mundo, el mismo que le exige excesivamente demandas que son insuperables. La percepción del futuro como negativo es de desesperanza ya que como causa convicción de

que nada de lo que percibe o experimenta en el presente cambiará, aunque solo para incrementar las dificultades y el sufrimiento.

Episodio depresivo (OMS, 1992). La persona que lo padece manifiesta la siguiente sintomatología:

- Disminución de la atención y de la concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de inutilidad (incluso en los episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito.

La presentación de los síntomas no es igual en cada episodio y en cada persona, las formas atípicas son singularmente frecuentes en los adolescentes; la alteración del estado de ánimo puede estar encubierta por otros síntomas, como irritabilidad, consumo de alcohol excesivo, comportamiento histriónico, exacerbación, etc.

Los síntomas pueden adquirir un significado clínico especial, los ejemplos más característicos, son los síntomas somáticos: anhedonia, pérdida de reactividad emocional a situaciones placenteras, despertar horas antes de lo habitual, empeoramiento del humor depresivo, inhibición o agitación psicomotriz, pérdida del apetito o de peso, disminución de la libido.

De acuerdo al nivel de gravedad de la sintomatología el episodio depresivo se clasifica en 4 niveles:

Episodio depresivo leve. Deben de estar presentes dos o tres de los síntomas mencionados. El estado de ánimo depresivo, la pérdida de la capacidad de disfrute y el aumento de la fatigabilidad, son considerados como síntomas típicos. La persona está afectada por los síntomas y tiene cierta dificultad para llevar a cabo sus actividades cotidianas; sin embargo, es probable que no las deje por completo.

Episodio depresivo moderado. Se tienen que observar por lo menos dos de los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve, así como también, al menos tres de los demás síntomas. Tienen grandes dificultades para continuar ejecutando sus actividades sociales, laborales o domésticas.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Deben de estar presentes tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, también, por lo menos cuatro de los demás síntomas, estos deben de tener una intensidad grave. La persona no es capaz de continuar con sus actividades habituales.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Satisface las pautas diagnósticas de un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, pero además están presentes ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

ESTADO DEL ARTE:

Badia (2005), en su investigación: “Estrés y afrontamiento en familias con hijos afectados de Parálisis Cerebral”, llevada a cabo por la Universidad de Salamanca;

planteó como principal objetivo identificar cuáles son las variables relevantes en el proceso de afrontamiento del estrés.

Byrne y C. 1985 (citado en Badia 2005), quienes plantearon tres perspectivas para analizar la respuesta de las familias frente a un hijo con discapacidad: A) Las familias son más vulnerables al estrés, B) La importancia de problemas materiales y prácticos que experimentan las familias, y C) Los recursos que las familias utilizan para desarrollar sus propias estrategias de afrontamiento. El trabajo se realizó con una muestra de 149 personas que pertenecen a familias con un miembro con discapacidad, específicamente Parálisis Cerebral. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Estrés y Afrontamiento para Familias con Hijos Afectados de PC (EEAF-PC, Badia 2000) y los Datos generales de la familia y datos de la persona con parálisis cerebral. Algunos resultados obtenidos demostraron que: a) un mayor porcentaje de minusvalía no implica un mayor nivel de estrés; b) la gravedad de la discapacidad no influye en el estrés familiar; y c) tener un hijo con Parálisis Cerebral no explica la presencia exclusiva de estrés en la familia.

Guevara y González (2012), en su investigación: “Las Familias Ante La Discapacidad”, llevada a cabo por la Universidad Nacional Autónoma de México, plantean como objetivo conocer los aspectos principales que el profesional de la psicología debe tomar en cuenta en relación a las familias que tienen un niño con discapacidad. Para obtener información, hicieron uso de la revisión bibliográfica sobre cómo se afecta la vida familiar ante la discapacidad de uno de sus miembros, en relación al funcionamiento individual de cada uno de sus integrantes y en los aspectos involucrados en la interacción familiar y su calidad de vida. Con el fin de favorecer la

adaptación del niño con discapacidad y la calidad de vida de la familia, este estudio propone como sugerencias que todos los miembros de la familia tengan una participación comprometida.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA:

OBJETIVOS

General

Establecer el tipo de relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y la depresión en las personas con algún tipo de discapacidad motora.

Específicos

Descubrir el/los tipos de afrontamiento predominante en personas con discapacidad motora.

Determinar el nivel de depresión en personas con discapacidad motora.

Analizar la relación entre la edad, el nivel de autonomía en sus actividades de la vida diaria (alimentación, cuidado personal, vestimenta e higiene), la depresión y las estrategias de afrontamiento al estrés.

HIPÓTESIS:

H1 Existe relación entre estrategias de afrontamiento al estrés y discapacidad en pacientes con discapacidad motora.

H2 Existe relación entre la depresión y la discapacidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se dice que el 25% de las personas padecen de uno o más trastornos de comportamiento a lo largo de toda su vida, precisamente una de las enfermedades mentales más comunes que la población mundial sufre es la depresión, esta se define como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas (OMS, 2016).

Se calcula que 350 millones de personas sufren depresión y que entre el 8% y 15% de la población han tenido algún episodio de esta enfermedad a lo largo de su vida; actualmente, la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y no solo eso, sino que además contribuye indiscutiblemente a la carga mundial general de morbilidad (OMS, 2015a). Por otro lado, en América Latina la depresión es la enfermedad mental que más aqueja a sus habitantes (Univisión Noticias, 2012) y también es la principal causa de consulta psiquiátrica, de acuerdo con las estadísticas.

Con el paso del tiempo y las exigencias del medio, las personas se fueron adaptando a las demandas personales, familiares, laborales y sociales, resolviendo cada problema a su propio estilo, desarrollando así modos de contestar a situaciones que le generan cierto nivel de estrés. Lazarus y Folkman (1989) definieron el afrontamiento como un proceso dinámico que cambia constantemente en función de las actitudes y las circunstancias de cada persona, es decir, es la respuesta del individuo ante la situación estresante, por medio de esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian y sirven para manejar demandas externas y/o internas que son valoradas por la persona como desbordantes para sus recursos. Cada persona tiene su propia estrategia de afrontamiento ya sea positiva o negativa de acuerdo al aprendizaje previo o a las propias convicciones.

Los esfuerzos de afrontamiento son independientes de los resultados, ya que estos pueden ser adaptativos cuando se consigue regular el estrés y las emociones, o desadaptativos cuando el estrés se mantiene y las emociones alteran el bienestar emocional (Lazarus & Folkman, 1993). No existen estilos de afrontamiento mejores que otros, sino que resultan ser eficaces o ineficaces en la medida en que sean útiles para la adaptación; la mejor forma de saber si un afrontamiento es adecuado es cuando este se

refleja en un bienestar psicológico y emocional, un buen funcionamiento social y óptimo estado de salud física (Ornelas et al., 2013).

Las consecuencias negativas del estrés son reguladas por un proceso denominado afrontamiento.

Muchas son las personas que sufren algún tipo de discapacidad y que buscan la manera de adaptarse a una sociedad que podría decirse a grandes rasgos, no se los tiene en cuenta. Donde cada uno de ellos y quienes los rodean deben hacer un esfuerzo desmedido para que esto pase y puedan ser incluidos.

A veces esta nueva condición de discapacidad los sorprende a través de algún accidente y otras veces se aprende a convivir con ella desde el nacimiento, en este acomodamiento se produce un importante aislamiento social donde se busca rearmarse y/o reconocerse y aceptarse con las nuevas limitaciones para luego poder enfrentar a la sociedad.

Teniendo en cuenta esta reestructuración personal y familiar es que consideramos preguntarnos ¿cómo se relaciona la discapacidad con la depresión? ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento ante tal situación?

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN:

TEÓRICA: Desde el punto de vista teórico, esta investigación podrá servir para entender el gran esfuerzo que debe hacer la persona con discapacidad y cómo influye esta condición en la vida adaptativa del individuo y evaluar cuanto de negativo aporta el estrés y la depresión para que esto no suceda.

PRÁCTICA: El profesional de la psicología podrá beneficiarse a través de los resultados de este estudio porque le permitirá establecer cuáles son los temas que más le causan estrés y depresión y así aportar su conocimiento para que le permitan tanto al paciente como a su familia valerse de estrategias de afrontamiento que le permitan avanzar.

TIPO DE ESTUDIO O DISEÑO:

Se realizó una investigación aplicada, con un abordaje cuantitativo, de carácter empírico, de corte transversal y con alcance correlacional.

POBLACIÓN:

Se examinará una muestra integrada por 40 individuos de ambos sexos, 21 mujeres (52,5%) y 19 hombres (47,5%); con un rango etario de 19 a 84 años ($M=48,78$ y $D=16,56$), todos con algún tipo de discapacidad motora.

MUESTRA:

La muestra se tomará de manera virtual, dada la situación por la que atraviesa el país de aislamiento social y preventivo por el Covid-19. Ninguno de los participantes de este estudio recibió compensación económica. Todos completaron los cuestionarios en forma individual y recibieron información acerca del objetivo general del estudio, pero no se les informó de las hipótesis para evitar sesgos en sus respuestas. Se los invitó a participar en forma voluntaria y anónima.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Poseer algún tipo de discapacidad motora.
- Ser mayor de 18 años.
- Que la discapacidad motora sea de nacimiento o adquirida.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Ser menores de 18 años.
- No poseer ninguna discapacidad motora.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Se tomará en principio un cuestionario sociodemográfico construido específicamente para esta investigación, luego el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) y por último el Inventario de la Depresión de Beck II (BDI-II).

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Cuando se habla de “afrontamiento del estrés”, se hace referencia a los esfuerzos de carácter conductual y cognitivo que realizamos para lidiar con las causas generadoras de estrés y el malestar psicológico que lo acompaña.

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). (Sandín & Chorot, 2003) Este cuestionario está formado por 42 ítems (6 por cada subescala), de rango 5 (0-nunca, 4-casi siempre), en base a la pregunta “¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?”.

Nos da la oportunidad de evaluar 7 estilos básicos de afrontamiento del estrés:

- Focalizado en la solución del problema (FSP)
- Autofocalización negativa (AFN)
- Reevaluación positiva (REP)
- Expresión emocional abierta (EEA)
- Evitación (EVT)

- Búsqueda de apoyo social (BAS)
- Religión (RLG)

Este instrumento está compuesto por ítems que describen formas de pensar y comportarse que las personas suelen emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida.

El cuestionario ofrece un formato de respuestas estructuradas, donde el sujeto ha de indicar la frecuencia con que emplea cada una de las afirmaciones según una escala tipo Likert (de 0 a 4; Nunca a Casi siempre), permitiendo evaluar siete dimensiones básicas (constituidas por 6 ítems cada una) correspondientes al afrontamiento:

1. Búsqueda de apoyo social (BAS): identifica la consideración acerca de personas y redes de apoyo que puedan aportar un adecuado manejo de la situación estresante.

2. Focalización en la solución de problemas (FSP): describe la tendencia del sujeto a analizar las causas del problema, planear y ejecutar alternativas para llegar a una resolución.

3. Reevaluación positiva (REP): la persona busca aprender de las dificultades experimentadas centrándose en los aspectos positivos del problema y generando pensamientos que favorezcan la forma de vivir la situación estresante.

4. Expresión emocional abierta (EEA): estrategia orientada a una descarga emocional mediante la externalización del mal humor recurriendo a veces a insultos, hostilidades y cierta irritabilidad por la cual busca desahogarse emocionalmente.

5. Autofocalización negativa (AFN): describe a personas cuya característica es autoinculparse y tener sentimientos de indefensión, incapacidad y resignación respecto de la situación a enfrentar.

6. Religión (RLG): refleja una actitud centrada en la espiritualidad, acudiendo al rezo y a la oración como modo de tolerar o intentar una solución a los problemas.

7. Evitación (EVT): en este caso la persona lleva a cabo actividades o acciones que contribuyan a neutralizar los pensamientos valorados negativos o perturbadores.

Estas siete formas de afrontamiento, se agrupan en torno a dos factores de orden superior. Las primeras tres dimensiones (Búsqueda de Apoyo Social, Focalización en la Solución de Problemas y Reevaluación Positiva) se refieren al factor relacionado con el problema o la situación estresante y se asocia a componentes lógicos o racionales, en tanto el segundo factor representa el componente emocional del afrontamiento, en el que se incluyen las restantes estrategias (Expresión emocional abierta, Autofocalización negativa, Religión y Evitación).

Por último, este cuestionario ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas. Se realizó el análisis de fiabilidad y se obtuvo un Alpha de Cronbach de 79.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

Esta prueba psicológica se fundamenta en el modelo de depresión de Aaron Beck; en 1961 se dio a conocer la primera versión, pero años más tarde se hicieron algunas modificaciones eliminando palabras y frases alternativas para los mismos

síntomas, evitando así la doble negación; sin embargo, en 1987 se publica el Inventario de Depresión de Beck I Adaptado. La última publicación del BDI-II se realizó en 1996 con el fin de valorar la depresión y derivarla a observaciones clínicas en pacientes psiquiátricos (Rodríguez & Farfán, 2015).

Es importante destacar que el BDI-II muestra una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach 0.76 – 0.95); la fiabilidad del test oscila alrededor de $r=0.8$. Por otro lado, en cuanto a la validez muestra una correlación variable con otras escalas; en pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6); muestra, además, una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas.

El BDI-II, se trata de una escala de tipo likert que está compuesta de 21 ítems, tiene como finalidad medir los niveles de depresión en personas mayores de 13 años; describe la presencia y el grado de los síntomas depresivos que se encuentran plasmados en el DSM IV. A comparación de la primera versión, hay algunos aspectos que sufrieron cambios, los ítems de 16 y 18 cuentan ahora con tres alternativas más de respuesta que sirven para diferenciar entre incremento y disminución de la conducta y/o de la motivación; en caso que la persona marcara más de una alternativa, se toma el valor más alto de la respuesta.

Los síntomas que evalúa este instrumento son: la tristeza, pesimismo, pérdida del placer, fracaso, sentimiento de culpa y de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos suicidas, llanto, indecisión, agitación, desvalorización,

pérdida de la energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, cambios en el apetito, cansancio, pérdida del interés en el sexo.

En cuanto a la corrección, cada ítem es evaluado bajo una escala de 0 a 3 puntos en relación a la alternativa escogida, y tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene un total que varía de 0 a 63 puntos.

Se realizó el análisis de fiabilidad y se obtuvo un Alpha de Cronbach de 94.

PROCEDIMIENTO:

Los sujetos con discapacidad respondieron los cuestionarios de manera virtual. Compuesto por los datos sociodemográficos, y los 2 cuestionarios autoadministrados.

Los datos serán tratados de igual manera, con confidencialidad y anonimato de sus respuestas.

ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos serán analizados mediante software *SPSS 20*. Dependiendo de la asimetría de las puntuaciones, se usará estadística paramétrica o no paramétrica: test de t o U de Mann-Whittney para comparar y r de Pearson o Rho de Spearman para correlacionar.

CAPÍTULO 4

Resultados:

Los datos fueron analizados mediante software *SPSS 20*. Se realizó la prueba de normalidad *Kolmogorov-Smirnov* para conocer la distribución de las variables.

Tanto la escala de Depresión como 4 de las Estrategias de Afrontamiento, se distribuyen de manera normal, el resto de las estrategias se distribuyeron de manera anormal (ver Tabla 1). Se utilizaron pruebas paramétricas (Pearson) para las variables de distribución normal y pruebas no paramétricas (Spearman) para las variables anormales.

Tabla 1

Prueba de normalidad de las variables.

	Sig.
Depresión	,200
FSP	,141
AFN	,082
REP	,122
EEA	,002
EVT	,024
BAS	,013
RLG	,052

En cuanto a los datos sociodemográficos obtenidos de la muestra, el 50% terminó sus estudios terciarios y/o universitarios, el 45% vive en pareja, el 62,5% no trabaja y el 57,5% no participa en ningún Centro o espacio de Recreación. (ver Tabla 2).

Tabla 2*Análisis descriptivo de la muestra*

Nivel de estudio	N	%
Primario incompleto	2	5,0
Primario completo	1	2,5
Secundario incompleto	1	2,5
Secundario completo	11	27,5
Universitario/Terciario incompleto	5	12,5
Universitario/Terciario completo	20	50,0
Con quién vive		
Pareja	18	45,0
Pareja y padres	1	2,5
Esposa e hijos	3	7,5
Hijos	4	10,0
Solo	3	7,5
Residencia	2	5,0
Padres	9	22,5
Trabaja		
Si	15	37,5
No	25	62,5
Participa de algún centro o espacio de recreación		
Si	17	42,5
No	23	57,5

Tomando en cuenta el nivel de autonomía para las actividades de la vida diaria (alimentación, cuidado personal, vestimenta e higiene), y siendo 1 Nada de autonomía y 5 Total autonomía, los resultados que arroja son Min=2, Max=5 con una M=3,5 y un D=1,08.

Con la finalidad de responder al objetivo general de esta investigación de conocer si

existe relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y la depresión en las personas con discapacidad motora se plantearon una serie de objetivos específicos:

-Describir el/los tipos de afrontamiento al estrés predominante en personas con discapacidad motora. En la siguiente tabla 3 se pueden observar los puntajes mínimos, máximos, y las medias y desvíos de cada una de las estrategias.

Tabla 3:

Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento.

	Mín.	Máx.	M	D
FSP	2,00	20,00	11,70	4,97
AFN	1,00	21,00	9,07	5,16
REP	8,00	21,00	14,97	3,23
EEA	2,00	16,00	8,05	3,03
EVT	3,00	17,00	8,57	3,35
BAS	2,00	20,00	10,02	4,84
RLG	,00	24,00	8,40	7,19

Se compararon las medias obtenidas en la presente muestra, con las medias obtenidas en una población de estudiantes universitarios, realizado por los creadores del instrumento (ver Tabla 4). Se encontraron diferencias significativas en todas las estrategias, excepto en la estrategia evitación (EVT). En cuanto a las estrategias focalización en la solución de problemas (FSP) y búsqueda de apoyo social (BAS) las puntuaciones más bajas las obtuvieron las personas con discapacidad motora, por el contrario, en las estrategias de

autofocalización negativa (AFN), reevaluación positiva (REP), expresión emocional abierta (EEA) y religión (RLG), las personas con discapacidad motora puntuaron más elevado.

Tabla 4:

Comparación de medias de la muestra actual con la muestra total de Sandín y Chorot (2003).

	Personas con discapacidad motora	Sandín y Chorot (2003)	
		M	p
	M		
FSP	11,70	13,58	,022
AFN	9,07	6,22	,001
REP	14,97	13,90	,042
EEA	8,05	6,14	,000
EVT	8,57	9,16	,277
BAS	10,02	12,87	,001
RLG	8,40	5,76	,026

-Determinar el nivel de depresión en personas con discapacidad motora.

La puntuación mínima obtenida fue de 0 y la máxima de 45, la media de la muestra es de 19,25 (D=11,56) (ver Tabla 5).

Teniendo en cuenta los valores establecidos en el instrumento (0 – 13 = mínimo, 14 – 19 = leve, 20 – 28 = moderado y 29 – 63 = severo), se puede establecer que en la presente muestra la sintomatología depresiva es leve.

Tabla 5:

Estadísticos descriptivos de la variable depresión.

	Mín.	Máx.	M	D
Depresión	0	45	19,25	11,56

-Analizar la relación entre la edad, el nivel de autonomía en sus actividades de la vida diaria, la depresión y las estrategias de afrontamiento al estrés.

Se analizó si la edad y la autonomía tienen relación con la depresión y las estrategias. En cuanto a la edad no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

El nivel de autonomía identificado por los participantes de la muestra se relacionan estadísticamente y de manera positiva con las estrategias de focalización en la solución de problemas (FSP) y reevaluación (REP) y negativamente con depresión, autofocalización (AFN) y expresión emocional abierta (EEA). Esto quiere decir que cuando aumenta el nivel de autonomía en sus actividades de la vida diaria, aumentan las estrategias focalización en la solución de problemas (FSP) y reevaluación (REP) y disminuye la sintomatología depresiva y las estrategias autofocalización (AFN) y expresión emocional abierta (EEA). (ver Tabla 6)

Tabla 6:*Relación entre autonomía, depresión y las estrategias de afrontamiento.*

	Rho	p.
Depresión	-,53	,000
FSP	,39	,012
REP	,38	,015
AFN	-,50	,001
EEA	-,38	,015

Para finalizar el presente estudio buscaba establecer el tipo de relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y la depresión en las personas con algún tipo de discapacidad motora. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la depresión y las 7 estrategias de afrontamiento. Con las estrategias autofocalización (AFN) y expresión emocional abierta (EEA) la relación es positiva, al subir la sintomatología depresiva, estas estrategias aumentan; con las otras 5 estrategias, focalización en la solución de problemas (FSP), reevaluación (REP), evitación (EVT), búsqueda de apoyo social (BAS) y religión (RLG), la relación es negativa, quiere decir que cuando aumenta la sintomatología depresiva, estas estrategias disminuyen (ver Tabla 7).

Tabla 7*Relación entre depresión y las estrategias de afrontamiento.*

	Rho	p.
FSP	-,60	,000
REP	-,67	,000
AFN	,74	,000
EEA	,50	,001

EVT	-,55	,000
BAS	-,38	,013
RLG	-,31	,049

CAPÍTULO 5

CONCLUSIÓN

El objetivo general de esta investigación era establecer el tipo de relación entre estrategias de afrontamiento al estrés y la depresión en las personas con algún tipo de discapacidad motora.

Los resultados de este estudio mostraron que se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la depresión y las siete estrategias de afrontamiento. Lo que confirma lo planteado en ambas hipótesis, que existe relación entre las estrategias de afrontamientos y la discapacidad, y también entre la depresión y la discapacidad.

Con las estrategias Autofocalización Negativa (AFN), que describe a personas que se autoinculpan y tienen sentimientos de indefensión, y resignación respecto a la situación a enfrentar; y Expresión emocional abierta (EEA) que se orienta a una descarga emocional mediante el mal humor, los insultos y la irritabilidad para desahogarse emocionalmente; la relación es positiva, es decir al subir la sintomatología depresiva, estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades, estas estrategias aumentan, haciéndose más notorias.

Con respecto a las otras 5 estrategias, Focalización en la solución de problemas (FSP), que describe la tendencia al sujeto a analizar las causas del problema y poder ejecutar alternativas que lleven a la resolución; Reevaluación positiva (REP), donde el sujeto busca aprender de las dificultades centrándose en aspectos positivos del problema; Evitación (EVT), donde la persona intenta neutralizar los pensamientos negativos o perturbadores; Búsqueda de apoyo social (BAS), considera las personas y redes de apoyo que puedan aportar adecuado manejo de la situación estresante; y

Religión (RLG), acudiendo al rezo y a la oración como modo de tolerar o solucionar los problemas; la relación es negativa, quiere decir que cuando aumenta la sintomatología depresiva, estas estrategias disminuyen.

Viendo los objetivos específicos planteados y con la evaluación de los resultados se puede decir que los tipos de estrés predominantes en personas con discapacidad motora y teniendo en cuenta la media son: REP (reevaluación positiva), FSP (focalización en la solución de problemas) y BAS (búsqueda de apoyo social). Donde dichas estrategias son las que más estrés les generan, porque les cuesta aprender de las situaciones vividas centrándose en los aspectos positivos, también analizar las causas y problemas; planear y ejecutar una resolución y tampoco encuentran una red de apoyo que le aporte un buen manejo de la situación estresante.

Teniendo en cuenta el nivel de depresión que nos arroja la muestra, vemos que de acuerdo a la media sería un nivel LEVE de depresión. El estado de ánimo depresivo, la pérdida de la capacidad de disfrute y el aumento de la fatigabilidad, son considerados como síntomas típicos. La persona está afectada por los síntomas y tiene cierta dificultad para llevar a cabo sus actividades cotidianas; sin embargo, es probable que no las deje por completo.

Finalmente se analizó si la edad y la autonomía tienen relación con el nivel de depresión y las estrategias. En cuanto a la edad no se encontraron relaciones estadísticamente significativas. El nivel de autonomía identificado por los participantes de la muestra se relacionan estadísticamente y de manera positiva con las estrategias de focalización en la solución de problemas (FSP) y reevaluación positiva (REP) y negativamente con depresión, autofocalización negativa (AFN) y expresión emocional abierta (EEA). Esto quiere decir que cuando aumenta el nivel de autonomía en sus

actividades de la vida diaria, es decir cuando más dependiente es, aumentan las estrategias focalización en la solución de problemas (FSP) y reevaluación positiva (REP) y cuando disminuye la sintomatología depresiva y las estrategias autofocalización negativa (AFN) y expresión emocional abierta (EEA).

El presente trabajo y los resultados que arrojó tiene como finalidad ser de aporte a investigaciones futuras sobre este tema y formar parte de la bibliografía existente ya que es escasa, debido a las variables y población investigada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª. ed.). Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Camacho-Conchucos, H. T, Fajardo-Campos, P. y Zavaleta de Flores, E. (2012). Análisis descriptivo sobre deficiencias y discapacidades del desarrollo psicomotor en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación 2006-2008. *Anales de la facultad de medicina*, 73 (2), 119-126.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1994). Afrontamiento disposicional y afrontamiento situacional en una situación estresante. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Casado, F. (2010). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Servicio Andaluz de Salud*, 20(3), 1-10.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 369.
- Cassaretto, M. & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*, 24(1), 109-140.
- Fernández, M. D. & Díaz, M. A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes

esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 129-135.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984/1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.

López Ibor M. I (2007). An. Med. Interna (Madrid). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. Servicio de Psicología Clínica. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_serial&pid=0212-7199&lng=es&nrm=iso

López, M.D., Fernández, C. y Polo, M^a.T. (2005). Relación entre el nivel de estudios y el autoconcepto en adultos con discapacidad motora. *Psicología Educativa*, 11 (2), 99-111.

Macías, M. A., Orozco, C.M., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.

- Merín Reig, J.; Cano Vindel, A. y Miguel Tobal, J.J. (2009). Ranking de estresores. *Anuario de psicología jurídica*, 18, 73-79.
- Mikulic, I.M. & Crespi, M.C.(2008).Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de investigaciones*, 15, 305-312.
- Naranjo Pereira, M.L (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo. *Revista Educativa*, 33(2) 171-190.
- OMS (2004). La organización del trabajo y el estrés. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)* (10a. ed.). Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Parra, D. J. L. y Luque-Rojas, M. J. (2013). Necesidades Específicas de Apoyo Educativo del alumnado con discapacidades sensorial y motoras. *Summa Psicológica UST*, 10(2), 57-72.
- Peralta, F. (2011). *Niños diferentes: los trastornos del desarrollo y su intervención psicopedagógica*. Pamplona: Ediciones Eunate.
- Ray, C., Lindop, J. & Gibson, S. (1982). El concepto del afrontamiento. *Medicina psicológica*, 12(2), 385-395.

Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: DESCLEE DE BROUWER

Sandín, B. (Ed.). (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

Sandín, B. (Ed.). (2008). *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.

Univisión Noticias (2012). *La sombra de la depresión en Latinoamérica*. Recuperado de
<http://www.univision.com/noticias/noticias-de-latinoamerica/la-sombra-de-la-depresion-en-latinoamerica>

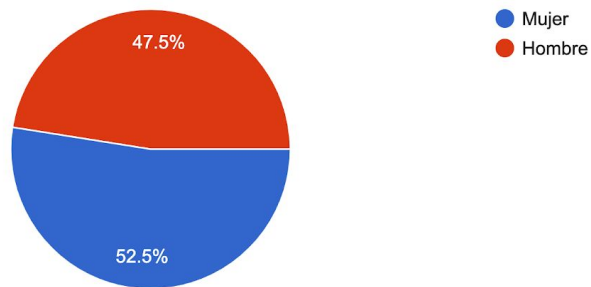
Vásquez, Hervás, Hernangómez & Romero (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1),139-165.

Vázquez Valverde, C.Crespo Lopez,M.& Ring, J.M. (2003).Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena Vilarrasa, G.E. Berrios & P. Fernández de Larrinoa Palacios, *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp 425-435).Barcelona : Masson

ANEXO 1: GRÁFICOS

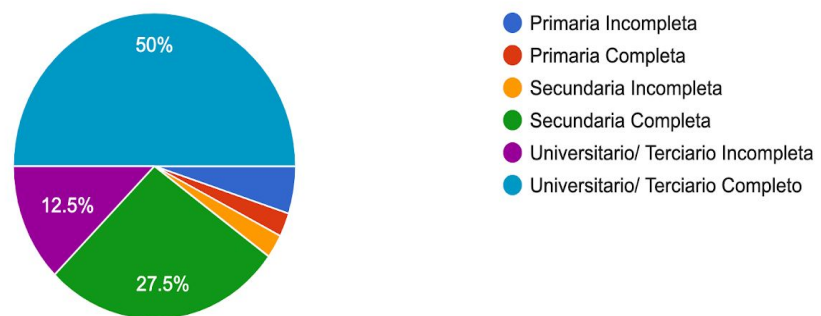
Sexo

40 respuestas

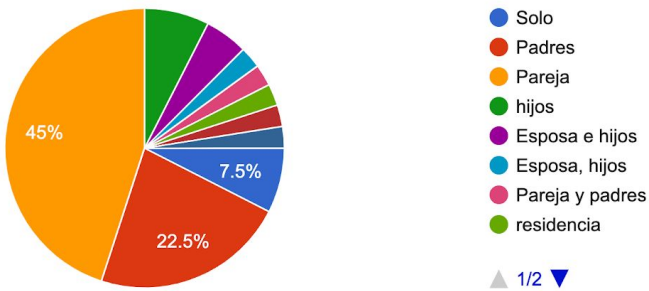


Nivel de Estudio

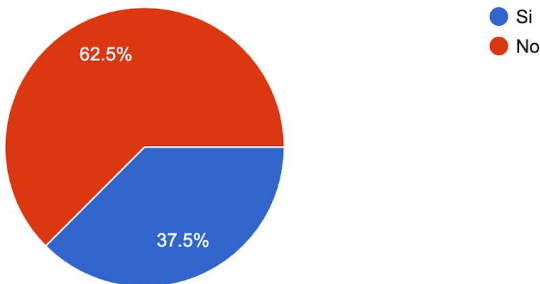
40 respuestas



Con quien vive?
40 respuestas

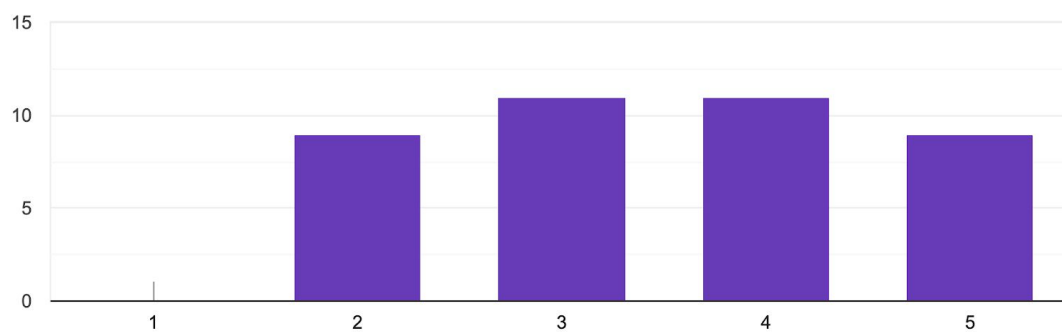


Trabaja?
40 respuestas



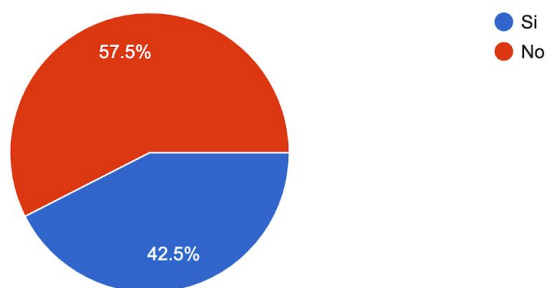
Cual es su nivel de autonomía en sus actividades de la vida diaria (alimentación, cuidado personal, vestimenta e higiene)? Siendo 1 nada y 5 totalmente

40 respuestas



Participa en algún Centro o Espacio de Recreación?

40 respuestas



ANEXO 2: CUESTIONARIOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTORA.

Desde la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, lo invito a participar en un proyecto de investigación destinado a evaluar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento al estrés y la depresión en personas que posean algún tipo discapacidad motora. Los participantes son voluntarios y mayores de 18 años y tiene el derecho de abandonar en cualquier momento que lo desee, sin ningún prejuicio, sino está de acuerdo con continuar. Sus respuestas son confidenciales y secretas. La utilización de la información será de modo general, y no se va a identificar de manera individual a los participantes.

Si tiene dudas respecto de su participación en esta investigación me puede contactar vía mail: lucepeme@gmail.com (Luciana Cepeda)

Propósito del estudio:

La finalidad del mismo es estudiar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento al estrés y los niveles de depresión en las personas que poseen alguna discapacidad motora, conocer esto es importante porque nos ayuda a poder brindar las herramientas y/o estrategias necesarias para que la persona tenga un buen nivel de adaptación a la sociedad.

Para contribuir con el estudio se deben completar un total de 2 cuestionarios con preguntas y/o frases acerca de cómo se siente y cómo actúa ante distintas situaciones. El tiempo estimado para completarlo es de 10 minutos aproximadamente.

Posibles riesgos: No hay riesgos.

Posibles beneficios: Con su colaboración estará ayudando al avance y desarrollo del conocimiento en psicología.

Confidencialidad:

Su nombre no aparecerá en ninguno de nuestros archivos, de manera que no podrán identificarse sus respuestas particulares. No estamos interesados en conocer las respuestas de una persona en particular, sino las de un grupo de personas en general. Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales, sin costo alguno, a intervalos no inferiores a 6 meses, a menos que haya un interés legítimo y razonable que respalde la solicitud de acuerdo con el art. 14, inc 3, de la Ley N° 25.326 (Ley de Protección de Datos). A fin de asegurar la integridad científica del estudio, es conveniente que usted no consulte determinada información del estudio hasta después de que este se haya completado.

Abandono del estudio:

Usted puede decidir abandonar el presente estudio en cualquier momento que lo desee, y es libre de hacerlo sin ningún problema.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad:

Sexo: Hombre

Mujer

Nivel de Estudio: Primaria Incompleta
Primaria Completa
Secundaria Incompleta
Secundaria Completa
Universitaria/ Terciaria Incompleta
Universitaria/ Terciaria Completa

Con quién vive: Solo
Padres
Pareja
Otros

Trabaja: Si
No

Nivel de autonomía en actividades de la vida diaria: Siendo 1 Nada y 5 Totalmente.

Participa en Centro o Espacio de Recreación: Si
No

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Se describen a continuación formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en que medida la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. MARQUE LA OPCIÓN QUE MEJOR INDIQUE EL GRADO EN QUE EMPLEO CADA UNA DE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS QUE SE INDICAN. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que usted piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aprox. durante el año pasado).

0 = NUNCA

1 = POCAS VECES

2 = A VECES

3= FRECUENTEMENTE

4= CASI SIEMPRE

¿COMO SE HA COMPORTADO HABITUALMENTE ANTE SITUACIONES DE ESTRÉS?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente 0 1 2 3 4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal 0 1 2 3 4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema 0 1 2 3 4
4. Descargue mi mal humor con los demás 0 1 2 3 4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas 0 1 2 3 4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía 0 1 2 3 4
7. Asistí a la Iglesia ; 0 1 2 3 4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados 0 1 2 3 4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas 0 1 2 3 4
10. Intenté sacar algo positivo del problema 0 1 2 3 4
11. Insulté a ciertas personas 0 1 2 3 4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema 0 1 2 3 4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) 0 1 2 3 4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo 0 1 2 3 4
16. Comprendí que yo fiji el principal causante del problema 0 1 2 3 4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás 0 1 2 3 4
18. Me comporté de forma hostil con los demás 0 1 2 3 4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema 0 1 2 3 4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionara el problema 0 1 2 3 4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema 0 1 2 3 4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación 0 1 2 3 4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes 0 1 2 3 4
25. Agredí a algunas personas 0 1 2 3 4
26. Procuré no pensar en el problema 0 1 2 3 4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal 0 1 2 3 4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación 0 1 2 3 4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas 0 1 2 3 4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema 0 1 2 3 4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga» 0 1 2 3 4
32. Me irrité con alguna gente 0 1 2 3 4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir 0 1 2 3 4
35. Recé 0 1 2 3 4

36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema 0 1 2 3 4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran 0 1 2 3 4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor 0 1 2 3 4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos 0 1 2 3 4
40. Intenté olvidarme de todo 0 1 2 3 4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos 0 1 2 3 4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar 0 1 2 3 4

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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 de 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. Pérdida 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 esté 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 mí lo mismo que siempre.
 1 He perdido la confianza en mí mismo.
 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
 3 No me gusto a mí mismo.
8. Autocrítica 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o Deseos Suicidas 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
 2 Querría matarme
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto 0 No lloro más de lo 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 Pérdida 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. Desvalorización 0 No siento que yo no sea valioso
 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía 0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.
16. 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 de 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. Pérdida de Interés en el Sexo 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.