

8  
24.



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

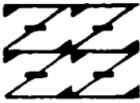
"COMPARACION DE LAS ESTRATEGIAS DE  
AFRONTAMIENTO Y LOS EVENTOS VITALES EN  
DEPRESIVOS Y NO DEPRESIVOS"



## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
GABRIELA ESTRADA GONZALEZ  
GLADYS IVONNE JARAMILLO

C  
N  
F  
A  
F  
E  
S  
U  
P  
L  
I  
C  
A  
N  
C  
I  
A



ESTADÍSTICA

MEXICO, D.F.

JUNIO 1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

***A MIS PAPAS:***

Por todo el cariño y comprensión que me han brindado en cada momento de mi vida y porque gracias a su confianza hoy he logrado una de mis principales metas.

***A YOLA Y ALFREDO:***

Por la confianza y el apoyo que me han otorgado a lo largo de mi carrera y me permite llegar hasta este momento.

***A FER:***

Por que aún cuando no está físicamente conmigo me ha acompañado en los momentos en los que lo he necesitado y me ha dado la fuerza de seguir adelante.

***A HUMBERTO:***

Por ser una persona muy especial que me ha brindado su cariño y amor en todos los momentos de mi vida, por estar siempre conmigo y hacerme sumamente feliz.

***A BERTHA Y CARLOS:***

Por que más que profesores han sabido ser amigos y me han enseñado la importancia de hacer las cosas bien.

A todos los amigos que siempre me han brindado su apoyo y confianza y hacen posible la realización de este trabajo.

A ***DIOS*** por permitirme estar viva y cumplir uno de mis anhelos.

***GRACIAS***

***GABRIELA***

***A DIOS:***

Le doy gracias por haberme dado la vida y la oportunidad de ver mi sueño hecho realidad

***A MI MAMA:***

Por el amor, apoyo y comprensión otorgada que ha sido un gran aliciente a lo largo de este caminar y por la libertad que me dio para elegir y realizar la carrera que yo quise

***A MI MAESTRO CARLOS Y SU ESPOSA BERTHA:***

Por su valiosa ayuda para la realización de esta tesis, así como al honorable jurado por sus acertadas observaciones

***A MIS HERMANAS ILIANA Y NORA:***

Por el respeto a mis decisiones y el cariño otorgado el cual es un verdadero estímulo.

***A MIS TIOS MARY Y MARCELO:***

Por brindarme con cariño su hogar con esa sencillez, amor y humildad con la que saben dar y por compartir conmigo sus tristezas y alegrías.

***A MIS TIOS MALE Y JORGE, ASI COMO TOÑO Y SARA:***

Por su confianza, cariño, apoyo, comprensión y por haber permanecido a mi lado a lo largo de este trayecto.

***A HECTOR:***

Que a pesar de sus problemas ha estado conmigo, pero sobre todo por el amor que existe entre nosotros, el cual ha sido un gran aliciente para la culminación de este trabajo.

***GRACIAS***

***GLADYS IVONNE***

## INDICE

	Página
Resumen	
Introducción.....	i
<b>Capítulo 1</b>	
Depresión.....	4
<i>Clasificación</i> .....	5
<i>Teorías</i> .....	8
<i>Síntomas</i> .....	11
<b>Capítulo 2</b>	
Eventos Vitales.....	17
<i>Medición</i> .....	18
<b>Capítulo 3</b>	
Estrategias de Afrontamiento.....	22
<i>Estrés</i> .....	22
<i>Evaluación Cognitiva</i> .....	24
<i>Afrontamiento</i> .....	26
<i>Tipos de Afrontamiento</i> .....	27
<b>Capítulo 4</b>	
Depresión, Eventos Vitales y Estrategias de Afrontamiento.....	32
Planteamiento del Problema.....	36
Objetivos.....	38
Variables.....	39
Hipótesis.....	40
Método.....	41
Sujetos.....	41

<b>Selección de la muestra</b> .....	<b>42</b>
<b>Diseño</b> .....	<b>42</b>
<b>Escenario</b> .....	<b>42</b>
<b>Instrumentos</b> .....	<b>42</b>
<b>Procedimiento</b> .....	<b>44</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>46</b>
<b>Discusión</b> .....	<b>66</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>73</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>78</b>

---

## **COMPARACION DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LOS EVENTOS VITALES EN DEPRESIVOS Y NO DEPRESIVOS**

**Gabriela Estrada González**

**Gladys Ivonne Jaramillo**

**Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza"**

**Asesor: Lic. Carlos G. Figueroa López**

La alta incidencia de depresión en población mexicana y el reporte de la presencia de eventos estresantes han repercutido en el estudio de la relación entre estresores, la forma como las personas las afrontan y su influencia en la presencia de la enfermedad, por lo que el objetivo de esta investigación fue observar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento utilizadas ante eventos vitales y los niveles de depresión. Así como observar la diferencia de las estrategias de afrontamiento utilizadas por personas con depresión y personas sin depresión. Participaron 30 sujetos, de ambos sexos, entre 18 y 45 años, de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social, seleccionados de manera intencional y divididos en dos grupos. El grupo 1 estuvo conformado por 15 sujetos depresivos remitidos al Módulo de Salud Mental por el médico familiar con diagnóstico de depresión. El grupo 2 lo constituyeron 15 sujetos sin depresión, voluntarios. En ambos grupos se aplicó una entrevista para determinar si los sujetos cumplían con los criterios de selección, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Eventos Vitales de González y Moren y el Inventario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Se encontró que las personas con depresión reportaron diferentes eventos vitales y utilizaron con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción que las personas sin depresión. A su vez, se encontró en el grupo 1 que a mayores niveles de depresión, las personas no reportaron más eventos vitales, pero si utilizaron más estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción. Por lo que se concluye que aún cuando hay diferencias en los eventos vitales reportados por las personas con depresión y las personas sin depresión, las primeras las evalúan como más molestos y tienden a evitar enfrentarlos. Asimismo, la severidad de la depresión está influida más por el uso de estrategias de afrontamiento que por la presencia de eventos vitales.

---

---

La Psicología como ciencia que se dedica al estudio de la conducta humana ha pasado por una serie de transformaciones con relación a su objeto de estudio y en los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular a la Psicología con los problemas de la salud humana (Ribes, 1989)

De esta forma han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes, tales como la medicina conductual, la psicología conductual y la psicología de la salud. Todas estas disciplinas tienen el propósito de destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, terapéutica y la rehabilitación de los problemas de salud

La *Psicología de la Salud* es un conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales a la disciplina de la Psicología encargada de la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud y la enfermedad (Matarazzo, 1980)

La depresión en la actualidad es considerada como uno de los problemas de salud más frecuentes (Ramos, 1989) Durante las últimas tres décadas se ha registrado un incremento continuo del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, sobre todo en los países industrializados (Calderon, 1990)

En México se ha reportado que la depresión ocupa el 4º lugar dentro de los principales problemas de salud (Ramos, 1989)

La depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad (De la Fuente, 1992), cuyo sintoma central es el abatimiento del humor abarcando las esferas somática, afectiva, cognitiva y conductual (Hollon y Beck, 1979), caracterizada por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, de concentración, etc. (Calderón, 1990).

Desde hace algunos años, la depresión se ha vinculado con una serie de factores biológicos, psicológicos y sociales que usualmente operan en una compleja interacción (Ormel y Sanderman, 1989) Dentro de los factores psicológicos y ambientales se encuentran los eventos estresantes y entre ellos están los eventos vitales (Lloyd, 1980). Los eventos operan como estresores dado que ellos exceden los recursos adaptativos de la persona (Maes, Vingerhoets y Van Heck, 1987, Billings

---

y Moos, 1984; Coyne, Aldwin y Lazarus, 1981)

Dichos eventos vitales que suceden en la vida del individuo, son considerados como eventos mayores, es decir que tienen gran impacto en el sujeto y requieren de cierto ajuste psicológico para su adaptación (Carolynne, 1994, Sarafino, 1990)

Los eventos vitales se han vinculado con el inicio de enfermedades como el dolor crónico, enfermedades cardiovasculares y coronarias, así como trastornos afectivos como la depresión, sin embargo no existe una relación causal entre la presencia de eventos y el desencadenamiento de la enfermedad debido a la existencia de factores mediadores (Tennant, Bebbington y Hurry, 1981)

Dentro de la multiplicidad de factores mediadores se encuentran la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento

Folkman y Lazarus (1986) esbozan que la relación entre eventos estresantes y salud es mediado por procesos de afrontamiento. Es claro que los individuos difieren respecto a sus esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar, reducir, minimizar y tolerar las demandas internas y externas de la transacción persona-ambiente

Las características del individuo que se han encontrado y tienen relación con la aparición de la enfermedad son sus cogniciones y sus conductas. Dentro de estas características individuales se encuentra la forma como el individuo afronta los eventos que él percibe como estresantes.

Dada la prevalencia que se ha encontrado de eventos estresantes en personas con depresión y el hecho de que las estrategias de afrontamiento sean factores compensatorios que pueden ayudar a mantener la salud, la presente investigación tiene como propósito estudiar la relación que existe entre la depresión, los eventos vitales y las estrategias de afrontamiento

Asimismo, la finalidad de estudiar la relación entre el tipo de estrategias de afrontamiento utilizados y el nivel de depresión se debe a que la mayoría de la gente que acude a consulta maneja formas inadecuadas de afrontar los eventos a los que se enfrenta, lo que lo lleva a fracasos y a que el nivel de depresión aumente; por esta razón es de gran importancia identificar las estrategias de afrontamiento que utiliza la persona con depresión para poderle dar un tratamiento adecuado que le permita adquirir las habilidades de afrontar de manera funcional las situaciones a las que se enfrenta.

---

A su vez, permite tener herramientas para la detección temprana de factores psicológicos y sociales que pueden contribuir al desencadenamiento de la depresión. Esto sin olvidar que la depresión como un problema de salud multicausal debe abordada desde una perspectiva biopsicosocial tomando como referencia la importancia de considerarla desde una postura multidisciplinaria.

---

---

## CAPITULO I

### DEPRESION

La depresión es una de las más antiguas perturbaciones reconocida de la vida psicológica y una de las más prevalentes (Hollon y Beck, 1979)

Aún cuando el uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía (Calderón, 1990)

En el siglo IV A. C. Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema siendo la melancolía producida por la bilis negra. La melancolía desde el punto de vista hipocrático se caracteriza por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia. La hipótesis de Hipócrates sobre los diversos humores y su relación con las enfermedades condicionaban la primer clasificación psiquiátrica de depresión por Kraepelin (Polaino-Lorente, 1985) quien estableció las diferencias entre psicosis maníaco-depresiva y demencia precoz

Por otra parte, Soranos de Ephesus señalaba como síntomas principales de la melancolía a la tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto e irritabilidad. A principios del siglo XIX Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba concentrado en un objeto (obsesivamente) y que la memoria y asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Pinel señalaba como posibles causas de la melancolía las psicológicas (miedo, pérdida de propiedades y dificultades familiares) y físicas (amenorrea y puerperio) (en Polaino-Lorente, 1985).

La depresión, en nuestros días, es considerada como uno de los problemas más comunes y frecuentes de la salud pública en el mundo (Ramos, 1989). Es un desorden particularmente debilitante que afecta el diario funcionamiento del individuo. Los episodios de depresión pueden perturbar el desempeño en el trabajo, en las interacciones sociales, relaciones familiares y en los propios sentimientos que tenga el individuo sobre sí mismo (Lewinsohn, Antonosio, Steinmetz y

---

Teri, 1984) Se ha estimado que una de cada diez personas experimentan uno o más episodios afectivos durante su vida (Hollon y Beck, 1979; Contreras, 1987 en Ramos, 1989)

En las últimas tres décadas, se ha registrado un continuo incremento del cuadro depresivo entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, sobre todo en la población de países industrializados. Se estima que alrededor de 120 a 200 millones de personas padecen depresión (Sartorius y Kielholz, 1973 en Ramos, 1989)

En una encuesta se encontró que en Estados Unidos cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud, en los cuales se detectó un incremento en los intentos de suicidio especialmente entre jóvenes y mujeres menores de 30 años (Calderón, 1990)

En concordancia con los reportes internacionales, en México se ha reportado que del 14% de la población que padece enfermedades psiquiátricas, la depresión es una de las más importantes, de tal forma que en el Distrito Federal y en la República Mexicana los trastornos afectivos como la depresión ocupan el 4° lugar dentro de los principales problemas de salud (Campillo y Caraceo, 1979 citado en Ramos, 1989).

### **Clasificación**

La clasificación de la depresión siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias. Tradicionalmente se ha establecido una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas (Calderón, 1990). Cuando las causas son ambientales y psicológicas la depresión es llamada *exógena o reactiva*. La depresión reactiva es un término ampliamente usado para describir un estado depresivo que surge en asociación con experiencias de estrés en individuos predispuestos (Mendels, 1989). Cuando no hay factores desencadenantes evidentes, la depresión es considerada como *endógena*. Se considera que la depresión endógena muestra un específico patrón de respuesta, incluyendo mayor severidad, retardo o agitación psicomotora (Paykel y Dowlatsahi, 1988).

Por otro lado, también se ha dado por clasificar a la depresión en psicótica, neurótica y simple (Calderón, 1990):

- 
- En la *depresión psicótica* los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante, se caracteriza por una alteración de la personalidad
  - En la *depresión neurótica* la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva
  - En la *depresión simple* la personalidad no sufre ningún trastorno, el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de salud pero que los problemas psicológicos, ecológicos o sociales lo han provocado.

Una de las clasificaciones psicopatológicas más recientes es la que se concretiza en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994) que en relación a los trastornos afectivos señala que pueden ser divididos en:

- Episodio maníaco*, caracterizado por un estado de ánimo expansivo e irritable, aumento de la actividad o inquietud, fuga de ideas, disminución de la necesidad de dormir, distraído, aumento de la autoestima, ideas delirantes o alucinaciones no relacionados con el estado de ánimo
- Episodio depresivo mayor*, caracterizado por un estado de ánimo triste o melancólico, pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades habituales, sentimiento de culpa, fatiga, insomnio o hipersomnia, entorpecimiento psicomotor, ideas de muerte o suicidio, aumento o pérdida de peso, inutilidad, incapacidad para concentrarse, en un periodo aproximado de dos semanas
- Trastorno bipolar I*, en donde el cuadro sintomatológico incluye uno o más episodios maníacos o mixtos, usualmente acompañados por episodios depresivos
- Trastorno bipolar II*, caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores y acompañado por al menos un episodio hipomaniaco
- Trastorno depresivo mayor*, caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, con al menos dos semanas de estado depresivo
- Trastorno distímico* (neurosis depresiva), alteración crónica del estado de ánimo de dos años de duración por lo menos, en la que se da tanto el estado de ánimo deprimido como una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales, con síntomas acompañantes pero no de una gravedad o duración suficientes para cumplir los criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor.

---

*-Trastorno ciclotímico*, alteración crónica del estado de ánimo de dos años de duración (mínimo) con numerosos períodos de depresión e hipomanía, no lo bastante graves para cumplir con los criterios de diagnóstico en el episodio depresivo mayor o episodio maníaco.

*- Desorden del ánimo producido por ingesta de sustancias*, caracterizado por un disturbio prominente y persistente que se juzga consecuencia psicológica directa del abuso de drogas, medicamentos u otro tratamiento somático para la depresión o exposición de tóxicos.

*- Desorden de condición médica*, se caracteriza por un disturbio prominente y persistente en el ánimo que es valorada como una consecuencia psicológica directa de una condición médica.

*-Desorden depresivo no especificado*, incluye desórdenes depresivos que no cumplen los criterios de ninguno de los anteriores.

Dadas las características de la presente investigación se retoma la clasificación de depresión reactiva (exógena) o depresión simple ya que ambas clasificaciones consideran que los eventos estresantes y el estrés psicosocial están relacionadas con la presencia de la depresión, además de las características sintomatológicas que presenta la población estudiada.

La definición de la depresión está determinada por las teorías etiológicas que tratan de explicarla y éstas varían desde aquellas que involucran deficiencias bioquímicas y déficit hereditarios-constitucionales, hasta las que involucran factores psicológicos internos en los patrones de relación entre los organismos y su medio ambiente. Esta diversidad de teorías de la depresión permiten estudiar el fenómeno desde diferentes puntos de análisis (Polaino-Lorente, 1985).

Dependiendo de su naturaleza, el término depresión puede referir desde una variación normal de la expresión emocional hasta una variación más intensa de la expresión de un estado de ánimo disfórico, esto es considerado como un síntoma, mientras que al conjunto de signos y síntomas que producen graves alteraciones en el funcionamiento biológico y psicológico se le considera como un síndrome depresivo, si la depresión tiene una etiología neurobiológica o patofisiológica es calificada como enfermedad (Arieti y Bemporad, 1981).

---

## **Teorías de la Depresión**

Dentro de las teorías se encuentran las siguientes

### **- Teorías Biológicas:**

Dan por sentado que la causa de la depresión estriba en los genes heredados de los padres, o en alguna disfunción fisiológica (hereditaria o no hereditaria) (Sarason y Sarason, 1990). En términos de influencia genética, un riesgo individual para desórdenes en el estado de ánimo es mayor cuando existen antecedentes familiares de estos mismos desórdenes. En el caso de la depresión, entre menos severo sea es considerado menos heredable (Mrazek y Haggerty, 1994).

Las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas. La posibilidad de que un pariente de una persona deprimida padezca también depresión psicótica es de un 10 a un 15% de posibilidades. Si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus descendientes afrontarían un 50% de posibilidades de padecer un mismo cuadro depresivo.

### **- Teorías Bioquímicas:**

Generalmente este tipo de teorías sostiene que la depresión es debida a ciertos desequilibrios en las aminas biogénicas tales como la norepinefrina y la serotonina. Ambas sustancias sirven como neurotransmisores en el cerebro conduciendo impulsos de un nervio a otro a través de las uniones sinápticas entre los mismos. Estos neurotransmisores específicos aparecen concentrados en el sistema límbico el cual parece ser un centro para la mediación de varios centros motivacionales (Hollon y Beck, 1979).

La formulación de la hipótesis amina sugiere que la depresión se debe a una deficiencia de la norepinefrina y serotonina en ciertos puntos del cerebro, mientras que la manía podría deberse al exceso de éstas en ciertos puntos receptores (Sarason y Sarason, 1990).

Este tipo de teorías se han enfocado a observar el papel que juegan los medicamentos antidepressivos en el tratamiento de la depresión.

---

---

**- Teoría Psicodinámica:**

Las teorías dinámicas de la depresión se han enfocado sobre el papel de la furia reprimida contra uno mismo, precipitada por una pérdida real o simbólica, o por situaciones de rechazo o dolorosas.

Le da importancia a aquellos sentimientos y reacciones de los que no está consciente el individuo. Según la postura psicodinámica muchos de los trastornos depresivos son reacciones ante eventos que simbolizan pérdida de algo o alguien amado. La pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, eminente y amenazador.

El principal inconveniente de este tipo de teorías es que la comprobación empírica de todos sus postulados constituye un objetivo inaccesible debido a que muchos de ellos están formulados sólo a un nivel teórico (Rodríguez de San Miguel, 1992).

**- Teorías Conductuales:**

Plantea que la conducta de los animales y de los seres humanos puede cambiar considerablemente con el reforzamiento de determinadas respuestas. Estas teorías ven a la depresión como una función del reforzamiento inadecuado o insuficiente, o como una falta de congruencia o relación entre el afrontamiento y determinadas clases de conducta (Sarason y Sarason, 1990).

Los sujetos que padecen depresión probablemente carecen de las habilidades sociales necesarias para obtener gratificación de los demás, por lo que se vuelven vulnerables a pequeñas fluctuaciones en los reforzadores externos.

Un modelo que destaca es el de Rehm (en Rodríguez de San Miguel, 1992), que explica la depresión mediante fallas en el autocontrol. Los deprimidos atienden de forma selectiva a los eventos negativos, presentan tasas bajas de conducta auto-reforzante y altas tasas de conductas punitivas.

---

**- Teorías Cognitivas:**

Del campo experimental surge el modelo de indefensión aprendida, que postula que la depresión surge cuando el individuo cree haber perdido todo el control sobre las respuestas de los otros, no ve relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del ambiente, de ahí que las personas al creer que no tiene el control sobre la situación se sienten tristes, deprimidas (Arieti y Bemporad, 1981)

Otro enfoque cognitivo de importancia es el de Beck (citado en Rodríguez de San Miguel, 1992), el cual sostiene que en los individuos deprimidos está presente la *tríada cognitiva*, es decir, un punto de vista negativo y distorsionado en relación a sí mismo, a su medio ambiente y a su futuro. Debido a esto se da en ellos una tendencia a desvalorarse y a considerar sus interacciones desde un punto de vista pesimista.

Hollon y Beck (1979) definen a la depresión como un síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los restantes componentes.

Beck (en Sarason y Sarason, 1990) considera que las cogniciones negativas ocasionan el estado depresivo y no a la inversa. Es posible que los episodios depresivos sean precipitados por un evento externo, pero incluso en ese caso la evaluación del evento por el individuo y la forma en que piensa sobre él, en vez del evento mismo, puede ser lo que produce la depresión.

Una misma experiencia puede afectar a dos personas de manera diferente. Parte de esta diferencia puede deberse desde la forma en que estas piensan sobre el evento hasta las cogniciones que tienen.

La depresión comúnmente ha sido considerada como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta, caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, de concentración, etc. (Calderón, 1990). Por otra parte, la depresión también se considera un trastorno de manifestaciones somáticas tales como cefaleas, trastornos del sueño, taquicardia, etc., las cuales en su mayoría son la razón por la cual las personas solicitan atención médica (Ramos, 1989).

---

## Síntomas

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos: uno con alteraciones francas en la esfera afectiva y otro en la cual estos se encuentran emboscados, predominando síntomas somáticos (Mendels, 1989). A veces parece que las depresiones son provocadas por eventos externos como pérdida de un ser amado mientras que en otras pareciera no tener un factor precipitante aparente (Calderón, 1990).

La depresión está marcada por el cambio, las actividades previamente gratificantes parecen perder su atractivo y los individuos activos y esforzados llegan a ser destruidos por la duda, la indecisión, la apatía y el aislamiento (Hollon y Beck, 1979).

Los síntomas centrales de la depresión son la tristeza, el descontento de sí mismo, una pérdida de energía, motivación y concentración (Mendels, 1989). La tristeza es la característica capital del estado de ánimo ya que los individuos deprimidos se quejan de sentirse abatidos e insatisfechos.

A medida que la depresión evoluciona, las personas se tornan gradualmente ineficientes, la dificultad de concentrarse, la erosión de la motivación y de la ambición se combinan para menoscabar un funcionamiento eficiente.

Los síntomas de la depresión pueden dividirse en cuatro grupos:

### - *Trastornos Afectivos:*

El síntoma más frecuente en la depresión es la "disforia" que es un estado o sentimiento de desesperanza (Lewinsohn *et al.*, 1984). Las personas con depresión frecuentemente se quejan de sentirse abatidos e insatisfechos, se describen como infelices y con falta de ilusiones, presentan sentimientos de inutilidad, vaciedad y futilidad (Mendels, 1989).

Hay un descenso de la afectividad, tristeza inmotivada, falta de ilusiones, indiferencia, aburrimiento, renuncia a los proyectos e ideales, deseos de morir, infelicidad y apatía (Polaino-Lorente, 1985).

La persona generalmente inicia su cuadro con un estado de "indiferencia" hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés, procura hacer el menor esfuerzo y con frecuencia prefiere permanecer aislado. Aparecen rasgos de tristeza o aflicción relacionados con situaciones

---

problemáticas o difíciles que la persona amplifica pero puede haber tristeza sin motivo aparente. Se muestra pesimista en relación con problemas supuestos o reales y con frecuencia se ve pensativo y cabizbajo (Calderón, 1990)

Cuando la depresión no es muy severa, el sentimiento de infelicidad puede fluctuar durante el día con altas y bajas, conforme se va acentuando el cuadro se presenta cierto ritmo en el día. La tristeza puede ir acompañada de llanto

La persona deprimida puede mostrar inseguridad, poca confianza en si misma e incapacidad en tomar decisiones. El pesimismo y la inseguridad hacen que el individuo se torne dependiente de sus familiares, existe un miedo que no es de manera precisa a algún objeto en particular (Calderón, 1990)

Los depresivos experimentan estados de ansiedad, tensión e irritabilidad la cual se manifiesta en hostilidad hacia los otros, lo que conlleva a tener dificultades en establecer relaciones interpersonales (James, 1981)

#### **- Trastornos Intelectuales:**

A medida que la depresión evoluciona, los individuos se tornan gradualmente ineficientes. Existe pérdida de interés, disminución de energías, incapacidad para llevar a cabo cualquier tarea, incapacidad para concentrarse, trastornos de la memoria (Mendels, 1989).

Hay una inhibición y empobrecimiento de las cogniciones, curso lento y dificultoso, circularidad y cavilaciones, contenido monotemático, ausencia de ideas, falta de ocurrencias y una sensación de vacío (Polano-Lorente, 1985)

La persona depresiva se enjuicia a sí mismo dentro de una gama de pensamientos que comprenden desde la insuficiencia y la ineficacia hasta la extrema culpabilidad. Presenta ideas de incompetencia y fracaso que lo conducen a la creencia de que cualquier acción que ejecute va a tener un resultado negativo.

La persona deprimida se ve a si misma como una perdedora, una desadaptada, destinada siempre a llevarse la peor parte de las cosas y a no merecer lo mejor. La persona propensa a la depresión no solo generaliza excesivamente, sino que suele amplificar sus defectos personales y reducir sus cualidades positivas (Sarason y Sarason, 1990).

---

Frecuentemente presenta circularidad de ideas y cavilaciones, sus pensamientos se caracterizan por contenidos monotematicos sobre enfermedad, economia y o culpa moral, en ocasiones presenta ideas obsesivas sobre temores y tiende a catastrofizar los acontecimientos. Estos pensamientos obsesivos tienden a torturarlo mas (James, 1981)

El depresivo tiende a considerarse a si mismo como incapacitado, derrotado y enfermo, a su mundo lleno de obstaculos para la obtencion de satisfaccion y a su futuro desprovisto de alguna gratificación, prometiéndole solo dolor y frustración, a este fenómeno se le ha denominado "triada cognitiva de la depresión" Los pensamientos de la persona están distorsionados (Beck y Shaw citado en Ellis y Grieger, 1981)

**- Trastornos Conductuales:**

La mayoría de las personas depresivas presentan una importante reducción en su nivel de actividad, actividades que antes les proporcionaban placer ahora no le interesan (Lewinsohn *et al.*, 1984)

Existe una apatía generalizada, extinción de conductas instrumentales adaptativas, incremento de la tasa de conductas de evitación, incapacidad para realizar la mas minima tarea (Polaino-Lorente, 1985)

Con frecuencia el aspecto de las personas delata a estas como depresivas. Su rostro triste, insatisfecho, con actitud decaída (Mendels, 1989) A medida que la depresión se hace mas profunda tiene lugar una pérdida progresiva del interés por el aspecto personal.

Por otra parte, la actitud y productividad del hombre disminuye, hay un retardo en la actividad psicomotora (Calderón, 1990) Se manifiesta una inhibición aparente y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales, así como una disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos (Mendels, 1989)

El paciente deprimido con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo, aún teniendo en mente la conducta por seguir no puede decidirse a llevarla a cabo (Calderon, 1990)

---

**- Trastornos somáticos:**

Muchos individuos depresivos buscan ayuda profesional para describir problemas somáticos (Lewinsohn *et al.*, 1954). En un gran número de alteraciones psicosomáticas la depresión parece manifestarse de manera "enmascarada, oculta o disfrazada por síntomas físicos (dolor de cabeza, dolor de espalda) y/o conductuales (alcoholismo, farmacodependencia) en donde los síntomas "psíquicos" (tristeza, pesimismo) no son aparentes" (Ramos, 1989).

En diversa literatura se ha descrito las quejas somáticas que con mayor frecuencia se reportan junto a la depresión.

Las personas depresivas se quejan de dificultad para conciliar el sueño, despertarse a media noche o experimentan falta de descanso al despertar por la mañana. Por otra parte, otras personas tienden a dormir más tiempo de lo acostumbrado (Mendels, 1989).

Muchos depresivos muestran una acentuada pérdida del apetito, no tienen ganas de comer y la comida les parece insípida. Asimismo, en algunas ocasiones puede tener un deseo compulsivo de comer lo cual lleva a un incremento en el peso (Calderón, 1990).

La disminución de la libido es el síntoma que con mayor frecuencia se presenta y consiste en una disminución del interés sexual y un decremento en las relaciones sexuales. En la mujer puede encontrarse amenorrea, desde un orgasmo insatisfactorio hasta una falta de respuesta a la estimulación sexual (Calderón, 1990).

En la persona deprimida es constante identificar trastornos cardiovasculares como alteraciones de la frecuencia cardíaca o de la tensión arterial, hipotensión, disnea nerviosa, bradicardia y taquicardia, así como alteraciones gastrointestinales como estreñimiento, colon irritable, colitis, úlcera, obesidad y pérdida de peso, algas, vértigo e hipersensibilidad al ruido (Polaino-Lorente, 1985).

Asimismo se observan síntomas físicos que pueden presentarse en todos los sistemas del organismo, tales como sequedad de boca, dolores y males, cefaleas, sensación de opresión en el pecho. Cada persona depresiva puede manifestar diferentes combinaciones de síntomas.

La presentación aislada de algunos de estos síntomas no puede catalogarse como depresión sino que deberá ser contrastado con la recurrencia, duración e intensidad de los episodios depresivos

---

(James, 1981).

Aún cuando ya se conoce la sintomatología de la depresión surge la necesidad de crear instrumentos que permitan de manera objetiva identificar los niveles de depresión que presenta una persona.

Dentro de los diferentes métodos de evaluación que pueden ser usados para el diagnóstico de la depresión (Calderón 1990), se encuentran

- 1) Sistemas diagnósticos usados principalmente por médicos e investigadores, entre ellos está el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales),
- 2) Escalas de Síntomas los cuales evidencian que los individuos deprimidos exhiben cuadros específicos de síntomas del síndrome depresivo, aquí podemos ubicar al Inventario de Zung para la estimación de la depresión,
- 3) Observaciones de conductas que consideran que la depresión es un síndrome que incluye un número de conductas observables específicas,
- 4) Escalas de Auto-reporte de la depresión, entre ellas se encuentran el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y el Inventario de Depresión de Beck.

Con respecto al Inventario de Depresión de Beck, este presenta un alto grado de confiabilidad. Comparaciones entre los puntajes del inventario y el juicio clínico para el diagnóstico indican un alto grado de validez, además de que es capaz de discriminar efectivamente varios niveles de depresión (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). A su vez, Palacios reporta validez de construcción para este inventario en población mexicana (Palacios, 1992 en Rodríguez de San Miguel, 1992)

En últimos años en ese intento por estudiar tanto el origen como el mantenimiento y tratamiento de la depresión surgen líneas de investigación basadas en una perspectiva transaccional enfatizando la relación individuo-ambiente.

El modelo transaccional considera al individuo y al entorno en una relación bidireccional. **Habla de procesos y de cambio en contraste con los modelos tradicionales (biológico-médico y sociocultural) que son estáticos y estructurales (Lazarus y Folkman, 1984)**

---

**En este modelo transaccional la relación entre estrés y depresión no es lineal, ya que influyen muchos factores (psicológicos, sociales y biológicos) en el surgimiento o mantenimiento de la misma.**

---

## CAPITULO 2

### EVENTOS VITALES

Dado que en la práctica clínica hay constancia de los efectos negativos de las adversidades y amenazas a lo largo de la vida, el estudio empírico de los acontecimientos vitales estresantes se ha desarrollado a partir de los trabajos que persiguen identificar factores de riesgo y establecer correlaciones entre acontecimientos estresantes y aparición de síntomas y/o enfermedades (Valdés y Flores, 1985).

Dicho estudio data desde los años 30's con el trabajo de Meyer (Dohrenwend, B. S., Krasnoff, Askenasy y Dohrenwend, B. P., 1978) sobre el uso de las Cartas Vitales (Historia médica) en el diagnóstico médico y el Síndrome General de Adaptación de Selye que indica que los eventos estresantes que ocurren en una sucesión corta pueden tener efectos en la resistencia del cuerpo y enfermedades.

Por su parte Elliot y Eisdoffer (1982, citado en Latorre y Bennett, 1994) proponen cuatro tipos de estresores que difieren principalmente en su duración:

- A) *Estresantes agudos* limitados en el tiempo (esperar una intervención quirúrgica).
- B) *Secuencias estresantes*, o series de acontecimientos que ocurren durante un periodo prolongado como resultado de un acontecimiento inicial desencadenante (divorcio, fallecimiento)
- C) *Estresantes intermitentes* tales como visitas conflictivas a parientes. Pueden ocurrir una vez al mes, una vez a la semana.
- D) *Estresantes crónicos* tales como incapacidades permanentes, riñas entre los padres, etc., los cuales pueden haberse iniciado o no por un acontecimiento discreto que persiste durante mucho tiempo.

Los eventos vitales son generalmente considerados como eventos mayores que le suceden a los individuos (Carolyne, 1994) y que requieren algún grado de ajuste psicológico (Saraffino, 1990).

---

Los eventos vitales han sido definidos como aquellos eventos que tienen un gran impacto en la vida del individuo, los eventos operan como estresores en la medida en que exceden o desbordan los recursos de la persona (Maes *et al*, 1987) Estos eventos pueden ser matrimonio, divorcio, muerte, pérdida del trabajo, problemas familiares, etc

### **Medición de Eventos Vitales**

En el estudio de los eventos vitales se han desarrollado diferentes instrumentos que tienen como finalidad el identificar los eventos estresantes a los que se puede enfrentar una persona en un período de tiempo determinado, dentro de estas escalas encontramos las siguientes

- *Escala de Reajuste Social (SRRS)*: Esta escala fue desarrollada por Thomas Holmes y Richard Rahe (1967). Consiste en una lista de 43 eventos vitales (sucesos mayores que ocurren en la vida de una persona y requieren algún grado de ajuste psicológico) Estos eventos se derivan de la práctica clínica

En esta escala a cada evento le corresponde un valor del impacto relativo que provoca dicho evento en el individuo lo que permite distinguir entre estresores como la muerte de un familiar o la muerte de un amigo (Saraffino, 1990). Este valor asignado a cada evento fue cuidadosamente determinado por su aplicación en una muestra de adultos, en la cual se les pidió que atribuyesen un valor estresante a una serie de acontecimientos generalmente aceptados como agente de cambio biográfico (Valdés y Flores, 1985) Uno de sus principales usos es la búsqueda de la relación entre estrés y enfermedad.

Aún cuando es importante definir aquellos eventos por los que haya pasado una persona, también es de gran importancia evaluar el nivel de estrés asociado con el evento. Los eventos vitales no tienen el mismo efecto en todas las personas, de ahí que surja la necesidad de evaluar el nivel de estrés que haya provocado cada evento

A partir de la Escala de Reajuste Social (SRRS), Holmes y Rahe (1967) describen un instrumento llamado *Escala de Experiencias Recientes* (Escala de Eventos Vitales) que ha sido utilizado para medir los eventos vitales estresantes de manera retrospectiva. La escala consiste de un listado de eventos vitales con un espacio para que las personas indiquen los eventos a los que

---

se han enfrentado durante un periodo de tiempo, usualmente en el año anterior.

Para solucionar el problema de la falta de indicación del nivel de estrés que dicho evento provocaba en el sujeto, Holmes y Rahe asignaron a esta escala cuatro grados de incomodidad para evaluar el nivel de malestar que provocaba el evento en la persona (desde 1 "Ninguna molestia" hasta 4 "Mucha molestia")

Como no todos los eventos tienen el mismo impacto en los individuos se crearon las U.C.V. que son valores expresados en unidades de cambio vital (U.C.V.) que tratan de cuantificar el peso de los acontecimientos. Estas unidades ya están establecidas en la escala y permiten identificar diferentes grados de riesgo de enfermedad, en virtud de los puntos de U.C.V. (Valdés y Flores, 1985).

Estas unidades de cambio se clasifican en:

Grupo 1 Alto Riesgo	Más de 300 U.C.V.
Grupo 2 Riesgo Moderado	200 a 299 U.C.V.
Grupo 3 Bajo Riesgo	140 a 199 U.C.V.

*-Escala del estudio de Experiencias Vitales (LES):* Contiene 57 ítems los cuales son percibidos como positivos o negativos y pueden ser examinados de manera conjunta o separada.

*-Escala de Eventos Vitales de PERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview):* Contiene 102 ítems que describan eventos vitales que puede presentar una persona. Estos eventos están organizados en 11 áreas que incluyen Trabajo, Finanzas, Familia y Salud (Dorhenwend *et al.*, 1978).

Al igual que la Escala de SRRS, cada evento tiene asignado un valor y el sujeto simplemente indica qué evento le ocurrió durante un determinado tiempo.

*-Escala de Eventos Vitales de Paykel:* Contiene 61 eventos. Fue derivada de la escala de Holmes y Rahe con modificación en algunos ítems. En esta escala se categorizan los eventos en diferentes tipos: pérdidas y ganancias, indeseables y deseables (Paykel y Dowlatsahai, 1988, Paykel, Prusoff y Uhlenhuth, 1971).

---

- *Escala de Eventos Vitales de González de Rivera*: Este instrumento consiste en una adaptación de la escala de Holmes y Rahe en población española. Consta de 61 reactivos de los distintos sucesos a los que se enfrenta una persona. Contiene una escala de 4 rangos desde "Ninguna molestia" hasta "Mucha molestia", la cual indica el grado de malestar que provoca el evento en el sujeto. Cada evento tiene asignado un valor, y el sujeto indica los eventos que presentó durante un determinado periodo de tiempo (no mayor a un año) (González de Rivera y Morera, 1983).

Esta escala presenta una mayor precisión en los eventos indicados ya que identifica diferentes condiciones en las que se puede presentar un mismo evento y sus diversos impactos en la vida de la persona, por ejemplo, embarazo deseado y embarazo no deseado.

Otras escalas se han desarrollado en poblaciones específicas como niños y adolescentes, hispanos, africanos-americanos y ancianos (en Carolyne, 1994).

Estos inventarios muestran un número de características, como que éstos pueden ser cortos (generalmente menos de 100 ítems), que abarcan un gran número de estresores. Los inventarios pueden ser simples listas o consistir en escalas que contienen un rango de estrés. En las listas los respondientes sólo indican si un particular evento ocurre durante un determinado tiempo (frecuentemente un año), mientras que en las escalas con rango de estrés se les pide que indiquen qué tan estresante fue el problema para ellos, usando una escala de 4 a 5 puntos desde "nada estresante" hasta "extremadamente estresante" (Carolyne, 1994).

La medición de los Eventos Vitales se ha debido al interés por *a)* identificar la naturaleza específica, calidad o tipo de eventos asociados con una particular enfermedad e *b)* identificar el posible riesgo de desarrollarla (Tennant *et al.*, 1981).

En el estudio de los eventos vitales se han encontrado diferentes enfoques que han clasificado a los eventos. Dentro de estas clasificaciones están aquellas que consideran a los eventos como positivos o negativos (Tennant y Andrews en Parker, Brown y Blignault, 1986), agradables o desagradables (Paykel y Dowlatsahi, 1988), por el grado de amenaza que provoca el evento en el individuo (Brown y Harris en Tennant *et al.*, 1981), y aquellos que se enfocan en las pérdidas (Billings, Cronkite y Moos, 1983).

Asimismo han existido otras aproximaciones que no se basan en la naturaleza del evento por

---

considerar que dicha clasificación no es similar para todos los sujetos, por lo que proponen una agrupación de los eventos de acuerdo al área o contexto en el que dicho evento se presenta, tal es el caso de Dohrenwend *et al* (1978), quien divide a los eventos en 11 áreas como Familia, Salud, Trabajo, Finanzas, etc.

Respecto a la búsqueda por identificar el posible riesgo de desarrollar enfermedades se ha encontrado que los eventos vitales pueden ser considerados como predisponentes o precipitantes en el inicio de algunas enfermedades físicas y mentales como el dolor crónico, úlcera péptica, hipertensión, depresión, entre otras (Lloyd, 1980, Vallejo y Gastó, 1990), siendo éstas desencadenadas por el reajuste psicológico que debe efectuar la persona para adaptarse a la situación.

Aun cuando estos estudios intentan establecer una relación entre la presencia de eventos vitales y el desarrollo de la enfermedad, existen evidencias que apoyan la participación de otros factores que actúan como intermediarios en dicha relación, tal es el caso de la experiencia previa del sujeto, el grado de actividad fisiológica que suscita el evento, las características del evento, la ausencia o presencia de recursos sociales, creencias de control y estrategias de afrontamiento, entre otras.

---

## CAPITULO 3

### ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Para hablar de estrategias de afrontamiento como los recursos que tiene una persona para evaluar una situación y enfrentarla, es importante definir primero que se entiende como estrés

#### **Estrés**

El término estrés ha tenido diferentes significados a lo largo de la historia. En el siglo XIV se consideraba al estrés como tensión, dureza, adversidad, para el siglo XVIII se le consideraba como una fuerza física externa. Para 1932 Cannon (Lazarus y Folkman, 1984) consideró al estrés como una perturbación de la homeostasis. En 1936 Hans Selye utilizó el término estrés para definir un conjunto de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, a estas reacciones las llamó Síndrome General de Adaptación. Posteriormente se reconoció que el estrés representaba un aspecto inevitable de la vida, y que lo que marcaba la diferencia en el funcionamiento social entre individuos era la forma en que cada uno lo afronta.

De esta manera, el estrés ha sido conceptualizado de tres maneras (Stottlana, 1987 en Latorre y Benett, 1994)

#### ***Estrés basado en el estímulo:***

Esta aproximación centra el estudio del estrés en el ambiente, describiendo éste como un conjunto de estímulos (Latorre y Benett, 1994). Entre los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente a los acontecimientos con los que atraviesa el sujeto, incluyendo tanto los eventos dentro del organismo (hambre, sed), como acontecimientos externos (muerte de un familiar, ruido, tráfico) (Lazarus y Folkman, 1984). Esta consideración acepta ciertas situaciones que son universalmente estresantes pero no toma en cuenta las diferencias individuales.

---

---

***Estrés basado en la respuesta:***

Esta aproximación entiende al estrés como una respuesta, centrándose en la reacción de las personas a los estresores. El estrés se entiende como un estado de tensión que es producido por una circunstancia a la que se enfrenta una persona. Esta respuesta conlleva un componente psicológico (conductas, pensamientos y emociones) y fisiológico (incluye activación corporal). Esta aproximación busca definir al estrés en términos de sus manifestaciones sin considerar la naturaleza de las demandas ambientales.

***Estrés como proceso:***

Esta aproximación describe al estrés como un proceso que incluye los estresores y las tensiones añadiendo la interacción entre la persona y el medio (Lazarus y Folkman, 1984). Este proceso implica interacciones continuas entre la persona y el medio, en la cual la persona actúa como un agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognitivas, emocionales o conductuales (Latorre y Bennett, 1994).

Dentro de esta aproximación se encuentra el modelo de evaluación del estrés de Lazarus y Folkman, (1984) quienes consideran al estrés como "una relación particular entre el individuo y el ambiente que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de los recursos y que pone en peligro su bienestar". En esta definición se toman en cuenta las características del sujeto y la naturaleza del medio.

Este modelo identifica dos procesos: evaluación cognitiva y afrontamiento como mediadores críticos en la relación estrés-persona-ambiente y sus resultados a inmediato y largo plazo (Folkman, Lazarus, Gruen y DeLoings, 1986).

Es bien sabido que cada persona evalúa de diferente manera una misma situación. La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante. La evaluación cognitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento) y el entorno cuyas características deben predecirse o interpretarse (Lazarus y Folkman, 1984).

---

---

## Evaluación Cognitiva

La evaluación cognitiva es un proceso a través del cual la persona evalúa si un evento particular en el ambiente es relevante, benéfico o amenazante. La evaluación cognitiva debe entenderse como aquel proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo. Aquí el individuo evalúa todas las consecuencias y repercusiones que pueden tener aquellas decisiones que él tome.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), la evaluación puede ser dividida en tres partes.

### - La evaluación primaria:

Dentro de la evaluación primaria podemos considerar tres tipos: *irrelevante* que vendría siendo cuando la situación no es de importancia para el individuo, cuando el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso, *benigna-positiva* cuando las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, si se logra el bienestar o parecen conseguirlo, tales evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras como alegría, felicidad, amor o tranquilidad; y *estresantes* cuando significan daño/pérdida, amenaza y desafío. Se considera daño o pérdida cuando el individuo ha recibido algún perjuicio, como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, o bien haber perdido algún ser querido.

La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero se prevén, aún cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenazantes por la carga negativa que lleva consigo. Permite un afrontamiento anticipativo.

El desafío tiene mucho en común con la amenaza en el sentido de que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento. El desafío tiene importantes implicaciones en el proceso de adaptación. La diferencia principal entre el desafío y la amenaza es que en el primero hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras (impaciencia, excitación y regocijo) mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo, lo cual se acompaña de emociones negativas (miedo, ansiedad, mal humor).

Por otra parte, Smith (1991) considera que la evaluación primaria consta de dos componentes: la relevancia motivacional (la importancia) y la congruencia motivacional. La

---

relevancia motivacional es una evaluación de hasta qué punto el evento se relaciona con las metas personales. La congruencia motivacional se refiere a la consistencia o inconsistencia de lo que la persona quiere, es decir, en qué medida facilitan las metas personales

**- La evaluación secundaria:**

Es una valoración relativa a lo que debe y puede hacerse en una situación de peligro ya sea bajo amenaza o desafío. Es característica de cada confrontación estresante ya que los resultados dependen de lo que se haga, de que puede hacerse algo y de lo que está en juego. Incluye la valoración de la posible eficacia de las estrategias de afrontamiento, de la posibilidad de que una estrategia determinada pueda aplicarse de forma efectiva y la evaluación de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada en el contexto de otras interpretaciones y demandas internas y/o externas (Folkman y Lazarus, 1986)

De acuerdo a Smith (1991), los cuatro componentes de la evaluación secundaria son: la responsabilidad, afrontamiento enfocado al problema, afrontamiento enfocado a la emoción y la expectativa futura. La responsabilidad es la evaluación que proporciona dirección y foco a la respuesta emocional y al esfuerzo de afrontamiento motivados por ésta.

Las evaluaciones primarias y secundarias interactúan entre sí determinando el grado de estrés y la intensidad y calidad de la respuesta emocional.

**- La reevaluación:**

Es un cambio introducido en la evaluación inicial con base en la nueva información recibida del entorno. Una reevaluación es una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla.

Dentro de los factores que influyen en la evaluación encontramos las creencias y compromisos que tenga el individuo, así como las características propias de la situación para que sea considerada como estresante (novedad, predictibilidad).

Los procesos de evaluación cognitiva son mediadores de estas complejas transacciones bidireccionales entre el individuo y el entorno.

---

## **Afrontamiento**

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años. Durante los años 40's y 50's significaba un concepto organizativo en la evaluación clínica. Actualmente constituye el centro de toda una serie de psicoterapias, programas educativos, investigaciones, etc

El concepto de afrontamiento partió de dos clases de literatura, por un lado el modelo animal y por el otro, la teoría psicoanalítica del yo (Lazarus y Folkman, 1984)

En el modelo animal se define al afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno disminuyendo el grado de perturbación psicofisiológica producido por éstas. Este modelo se considera simplista y pobre en contenido y complejidad cognitivo-emocional.

En el modelo psicoanalítico del yo se define al afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por lo tanto reducen el estrés.

La diferencia principal entre la forma de considerar al afrontamiento en estos dos modelos radica en el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno. En el primero tienen mayor importancia la conducta mientras que en el segundo lo tienen las cogniciones.

Dado que ambos modelos no explican de manera tan amplia la magnitud del afrontamiento, ya que puede confundirse al afrontamiento con sus resultados, debe considerarse al afrontamiento como aquellos esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno independientemente de cual sea su resultado. Por esta razón, no debe considerarse una estrategia mejor o peor que la otra, depende del contexto en el que se da.

El afrontamiento se refiere a todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que la persona utiliza para reducir, minimizar o tolerar las demandas internas y/o externas de la transacción persona- ambiente. Sin embargo, el afrontamiento no debe confundirse con el dominio sobre el entorno, muchas fuentes de estrés no pueden dominarse y en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluiría todo lo que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o incluso ignorar aquello que no puede dominar.

---

### El planteamiento de afrontamiento como proceso toma en cuenta tres aspectos

- 1.- El que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace
- 2.- Lo que el individuo piensa o hace es analizado dentro de un contexto específico, por lo que es necesario conocer lo que el individuo afronta
- 3.- Hablar de proceso significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose, por ejemplo, en determinados momentos debe contar con estrategias defensivas y en otras con aquellas que sirven para resolver el problema.

Algunos autores consideran el proceso de afrontamiento en términos de etapas, tal es el caso de Main (en Lazarus y Folkman, 1984) quien sugiere la presencia de etapas de afrontamiento a lo largo del tiempo.

Los procesos de interpretación del individuo influyen en la relación dinámica o transacción entre éste y el entorno social (Meichenbaum, 1988) Dentro de este contexto de transacción el afrontamiento se refiere a "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas esperadas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984)

El afrontamiento debe entenderse como un proceso por cuanto se refiere a lo que el individuo hace y piensa en un contexto determinado y de los cambios que operan cuando el contexto cambia.

### **Tipos de Afrontamiento**

El ensayo individual de afrontar con eventos vitales usualmente ha sido visto como un complejo grupo de procesos dirigidos hacia moderar el impacto de cada evento y su funcionamiento físico, social y emocional (Billings y Moos, 1980)

Existen diferentes aproximaciones que ven al afrontamiento como un proceso intrapsíquico en el cual el funcionamiento emocional individual es protegido de amenazas internas y externas.

---

Estas aproximaciones conceptualizan que el afrontamiento incluye respuestas cognitivas y conductuales que interactúan con los estresores externos y que sirven para solucionar el problema.

Dentro de una formulación de afrontamiento encontramos la de Billings y Moos (1980) que divide al afrontamiento en cogniciones y conductas.

El *afrontamiento cognitivo activo* incluye esfuerzos de manejar la evaluación de los eventos estresantes.

El *afrontamiento conductual-activo* se refiere a las conductas utilizadas directamente con el problema y sus efectos.

La función del afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. Su función tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia. De acuerdo a Lazarus y Folkman (1984) existe una diferencia entre el afrontamiento dirigido a manipular la respuesta emocional a que el problema da lugar (afrontamiento dirigido a la emoción).

En general, las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno, mientras que las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema aparecen cuando tales condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio.

Por su parte, de acuerdo a Lazarus y Folkman (1984) las estrategias de afrontamiento pueden tener dos funciones primordiales.

**- Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema:**

Tienen como función manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación. Generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas con base en su costo y beneficio, a su elección y aplicación (Lazarus y Folkman citado en Platas, 1993). Implican tratos con las demandas ambientales o internas que crean amenazas (Cohen y Lazarus, 1983).

Consiste de un ensayo activo de alerta a las circunstancias y a lo que la persona quiere y necesita (Folkman *et al*, 1986). Esta forma de afrontamiento es utilizada cuando la persona cree que

---

sus recursos o demandas de la situación pueden cambiar (Folkman y Lazarus, 1984 citado en Sarafino, 1990) Si los ensayos son efectivos, la amenaza o desafío es aliviada o removida, el beneficio potencial es adquirido, el cambio es reflejado en subsecuentes evaluaciones, si el afrontamiento es inefectivo puede influir en la subsecuente reevaluación (Smith, 1991)

Dentro de este tipo de estrategias de afrontamiento encontramos las clasificaciones de Confrontativa y Resolución del problema (Folkman y Lazarus, 1988)

*Confrontativa:* Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación y sugiere algún grado de hostilidad y riesgo

*Resolución del problema:* Describe esfuerzos deliberados enfocados al problema para alterar la situación, vinculado a una visión analítica para solucionarlo

**- Estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción:**

Existe una amplia gama de formas de afrontamiento dirigidas a la emoción. Un considerable grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otro grupo más pequeño incluye aquellas estrategias cognitivas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional. Algunas formas de afrontamiento dirigido a la emoción alteran la respuesta emocional directamente sin cambio en la situación (Folkman *et al.*, 1986)

Tienen como función regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia de un evento. Este tipo de afrontamiento se utiliza para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor.

Aún cuando frecuentemente se piensa que este tipo de estrategias son maladaptativas, existe un incremento en la evidencia de que se pueden ayudar en el manejo de enfermedades crónicas y algunos eventos vitales (Cohen y Lazarus, 1983)

Este tipo de estrategias de afrontamiento incluye el Distanciamiento, Autocontrol, Responsabilidad, Escape-Evitación y Reevaluación Positiva (Folkman y Lazarus, 1988)

---

**Distanciamiento:** Describe aquellos esfuerzos cognitivos por alejarse y minimizar la significancia de la situación

**Autocontrol:** Describe los esfuerzos de autorregular los sentimientos y las acciones

**Responsabilidad:** Refiere conocer el propio rol de participación en el problema con una visión concomitante de intentar componer las cosas

**Escape-Evitación:** Describe los esfuerzos cognitivos y conductuales para escapar y evitar el problema.

**Reevaluación Positiva:** Describe el esfuerzo de crear un sentido positivo al enfocarlo en crecimiento personal. También tiene una dimensión religiosa

El hecho de que las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción reducen la incongruencia motivacional al alterar la persona el ambiente, frecuentemente llevan a distorsiones de la realidad. Aún cuando son más adaptativas las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, cuando una situación es inmodificable, las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción reflejan reajustes realistas sobre la situación.

La estrategia de Soporte Social involucra ambos tipos de afrontamiento, tanto dirigido al problema como dirigido a la emoción (Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek, 1987). El soporte social se define como:

**Soporte Social:** Describe los esfuerzos de buscar información adicional, soportes tangibles y soportes emocionales

Estos dos tipos de afrontamiento se influyen mutuamente y ambos pueden potenciarse o interferirse. Lazarus y Folkman (1984) encontraron que el tipo de afrontamiento varía en relación de qué en él se ve amenazado (evaluación primaria) y qué opciones de afrontamiento tiene (evaluación secundaria). Por ejemplo, cuando las personas sienten que su autoestima es amenazada, emplearán más las estrategias confrontativa, escape-avoidance y auto-control; cuando una meta en el trabajo es lograda utilizarán más la estrategia de solución de problemas debido a que este tipo de afrontamiento se emplea más cuando las personas evalúan que son capaces de cambiar para mejorar.

---

El afrontamiento está relacionado con la calidad del resultado que se puede obtener del encuentro estresante

Por otra parte, Folkman *et al.*, (1987), han encontrado que el tipo de afrontamiento utilizado está determinado más que por la edad de la persona por el tipo de estresor al que se enfrenta, ya sea de pérdida, amenaza y cambio. A su vez, por el contexto en el que se experimenta la situación estresante como la familia o el trabajo, así como el grado de amenaza que implica.

Sin embargo, otros autores como Billings y Moos (1984 citado en Folkman y Lazarus, 1986) indican que la forma como la gente afronta uno o más eventos estresantes es representativo de la forma como ellos afrontan con eventos estresantes en general.

De esta manera podemos observar la importancia de las creencias existenciales, creencias sobre control, percepción de recursos disponibles para la solución de problemas, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales, así como el tipo de estresor.

---

---

## CAPITULO 4

### DEPRESION, EVENTOS VITALES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

En años recientes la depresión ha empezado a ser vista como un patrón de respuesta psicobiológica reversible. Este patrón de respuesta puede ser activado por una variedad de factores psicológicos, biológicos y sociales que usualmente operan en una compleja interacción (Ormel y Sanderman, 1989). Dentro de estas causas encontramos:

-Causas determinantes. Dentro de las causas determinantes encontramos a todos aquellos eventos vitales que el individuo haya presentado en su vida. "Un evento vital es estresante y puede provocar depresión" (Oatley, 1988). Los eventos vitales pueden ser la muerte de algún familiar, pérdida del trabajo, pérdida de la salud, divorcio.

-Causas desencadenantes. En las causas desencadenantes encontramos todos aquellos eventos que ocurren de manera cotidiana en la vida del individuo. Estos eventos pueden ser problemas en el trabajo, conflictos con el esposo. Asimismo pueden haber causas ambientales que tienen gran repercusión en el origen de la depresión como contaminación, problemas de tránsito, ruido. A su vez, dentro de las causas sociales encontramos desintegración de la familia, disminución del apoyo de la iglesia, falta de vínculos con los vecinos, etc.

Algunos investigadores (Lloyd, 1980; Billings y Moos, 1984; Redfield y Stone, 1979; Hammen, Krantz y Cochran, 1981) han observado qué relación existe entre los eventos vitales y el desarrollo de la depresión.

Estos investigadores han encontrado que existe una importante relación entre los eventos vitales y los episodios de depresión. Mencionan que hay una fuerte correlación entre la presencia de un evento vital y la presencia de síntomas depresivos.

Dentro de los estudios que intentan observar la relación entre la depresión y los eventos vitales han habido diferentes vertientes.

---

En diversos estudios se encuentra un alto porcentaje de eventos vitales negativos en depresivos, a diferencia de los grupos control. También se ha observado que estrés en el matrimonio, problemas con los hijos y en la economía están asociados con sintomatología depresiva. (Brown y Harris en Billings y Moos, 1984)

Por un lado, algunos autores se enfocan al estudio de las características del evento estresante en sí mismo, que sea agradable o desagradable (Paykel *et al.*, 1971), positivo o negativo, amenazante o no, los cuales pueden predecir la depresión (Hammen y Mayol, 1982)

Otros estudios identifican la relación de eventos vitales como factores precipitantes de la depresión (Lloyd, 1980, Vallejo y Gastó, 1990). Estos estudios han demostrado que los pacientes depresivos experimentan más eventos estresantes en los meses que anteceden el inicio del síndrome, a diferencia que los sujetos control. Dentro de estos eventos los más comunes son pérdidas o muertes de seres queridos.

A su vez, otros estudios refieren a los eventos vitales como factores predisponentes que son aquellos eventos que han ocurrido durante la infancia o la adolescencia predisponiendo a la depresión en la edad adulta (Vallejo y Gastó, 1990) como la muerte de los padres (Lloyd, 1980).

Asimismo, en otras investigaciones se retoman diversas teorías de la depresión como la de Beck y Seligman quienes enfatizan que la depresión es una respuesta a interpretaciones de eventos vitales negativos. Estas investigaciones hipotetizan que la evaluación que haga el sujeto sobre los eventos, más que su mera ocurrencia influye en la presencia de la depresión (Hammen, Dávila, Brown, Ellicott y Gidlin, 1992)

En los últimos años se ha extendido el gran interés por las características que hacen que los acontecimientos sean estresantes. Los esfuerzos más visibles han sido los encaminados a investigar los acontecimientos vitales, intentando medir el distinto peso que tienen sobre el sujeto.

Las escalas que resultaron de estos esfuerzos clasifican los acontecimientos como normativamente más o menos estresantes. El grado en que un acontecimiento es estresante viene determinado por una confluencia de factores personales y situacionales (Lazarus y Folkman, 1984)

Dado que no todas las personas evalúan los eventos vitales de igual manera y éstos no tienen el mismo impacto en el desarrollo de la depresión, surgen teorías como la de Oatley y Bolton (en

---

---

Oatley, 1988) que señalan que la depresión es la respuesta a la pérdida de un rol y que la persona no ha alcanzado una meta personal

Oatley (1988) considera que las reacciones a eventos adversos son hechas a través de tres evaluaciones cognitivas que están en relación al modelo personal de circunstancias externas.

***-Primera evaluación:***

En la primera evaluación, un evento adverso es experimentado como severo o no severo. No es severo cuando no provoca estrés emocional. Eventos que pueden ser juzgados como severos son, divorcio, desempleo, muerte, etc.

***-Segunda evaluación:***

En la segunda evaluación ocurre una valoración de si los roles alternativos son eficaces o no. Si existen roles alternativos se hace una definición de nuevas metas, si no es así, se experimentan emociones como enojo, sin llegar a la depresión. Si se evalúa que no hay alternativas se llega a un nivel mayor de depresión.

***-Tercera evaluación:***

En la tercera evaluación el estrés de un episodio de depresión es resuelto o continúa de manera crónica. Si la persona empieza a afrontar es cuando descubre un nuevo plan para llegar a su meta, o bien reformula sus metas. Si la persona deprimida tiene poca sensación de crear recursos para formular nuevas metas a largo plazo, el episodio de depresión puede llegar a ser crónico.

Las cogniciones que la persona tenga con respecto a un evento vital están muy relacionadas con las estrategias de afrontamiento que utilice.

Aún cuando existen resultados consistentes de una relación entre la ocurrencia de eventos indeseables como pérdidas, enfermedad física, muertes y el inicio de la depresión, el hecho es que estos eventos no son una condición suficiente para producir la depresión (Ormel y Sanderman, 1989). Por tal motivo no debe considerarse una relación causal entre eventos vitales y la aparición de la depresión debido a que influyen muchos factores en la relación estrés-sintomatología.

A pesar de que ciertos eventos vitales están implicados en la génesis de la depresión, el

---

hecho de que estos eventos no siempre sean seguidos por la depresión sugiere la relevancia de factores moderadores.

El proceso de afrontamiento ha sido hipotetizado como variable mediadora entre el estrés y la sintomatología. Algunos estudios con personas depresivas a mostrado que respuestas maladaptativas al estrés están asociadas con una depresión más severa (Billings, Cronkite y Moos, 1983, citado en Curry, Miller, Waugh y Anderson, 1992). Asimismo se ha sugerido que los individuos depresivos usan respuestas de afrontamiento menos efectivas que los no depresivos (McNaughton, Patterson, Irwin y Grant, 1992).

Específicamente en la relación entre depresión y las estrategias de afrontamiento existen investigaciones basadas en modelos cognitivos de la depresión, que han encontrado en la transacción persona-ambiente, que la persistencia de la depresión no requiere sólo de una estructura cognitiva, las personas depresivas puede favorecer el mantenimiento de la depresión por la forma particular con la que afrontan las diversas situaciones a las que se enfrentan (Coyne *et al*, 1981).

De acuerdo a Coyne *et al* (1981), la consistencia en la forma como actúan y piensan los depresivos pueden deberse a que en su mayoría tienden a evaluar la situación como de pérdida o amenaza y afrontan de manera inefectiva. Sin embargo, los problemas de las personas con depresión no están basadas solamente en sus cogniciones o percepciones de las situaciones, sino en su transacción con el medio ambiente.

De esta manera, el esfuerzo de los individuos por afrontar con eventos vitales es considerado como un complejo proceso dirigido a moderar el impacto de los eventos en el funcionamiento físico, social y emocional (Billings y Moos, 1980).

La evaluación cognitiva y el afrontamiento son variables transaccionales por medio de las cuales no se refieren al ambiente o a la persona sola, sino a la integración de ambas.

Una evaluación está en función de un específico grupo de condiciones ambientales que son evaluadas por una persona con características psicológicas particulares. Similarmente, el afrontamiento consiste en pensamientos y conductas particulares que una persona usa para manejar las demandas de una transacción ambiente-individuo muy particular.

---

---

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Partiendo del interés por comprender cómo influye la relación individuo-ambiente en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, surge la inquietud por estudiar, por un lado, qué factores ambientales contribuyen a la aparición de la enfermedad, y por el otro, qué características del individuo (conductas y cogniciones) influyen en el mantenimiento de la misma.

La depresión en la actualidad es un desorden afectivo muy común. A su vez, es considerada como un desorden que involucra tanto factores genéticos, bioquímicos y psicosociales (McNaughton *et al.*, 1992). La extensión de los factores psicosociales como el estrés y el afrontamiento pueden influir en el desarrollo y severidad de la depresión.

El estudio de la depresión y eventos estresantes a seguido dos líneas de investigación. Por un lado los eventos vitales y por el otro las contrariedades diarias.

Por una parte, algunos autores (Hfeld, 1977; Billings y Moos, 1984; Coyne *et al.*, 1981; Breslau y Davis, 1986; Aneshensel y Stone, 1982) han estudiado el impacto que tienen los eventos diarios en el desarrollo de la depresión. Ellos mencionan que el hecho de que sean eventos estresantes frecuentes producen un efecto acumulativo y tienen una gran relación con la aparición de la depresión.

Por otra parte, otros autores (Lloyd, 1980; Billings y Moos, 1984; Redfield y Stone, 1979; Hammen *et al.*, 1981) han observado la relación que existe entre eventos vitales y depresión. Ellos reportan que los eventos vitales significativos para las personas son factores que predisponen y contribuyen a la aparición de la depresión.

Durante estas dos líneas de investigación, han surgido resultados que apoyan la relación entre los eventos vitales y depresión, mientras que otros las refutan.

Algunos autores (Hammen *et al.*, 1981; Cochran y Hammen, 1985; Redfield y Stone, 1979; Gong-Guy y Hammen, 1980; Miller, Klee y Norman, 1982) refieren que las personas deprimidas presentan eventos similares a las personas no deprimidas, sin embargo las personas deprimidas las perciben de manera más negativa. Ellos mencionan que es aquí cuando entran en juego las cogniciones de la persona y que, debido a que las personas deprimidas muestran una cierta sintomatología, esto no les permite observar objetivamente los eventos a los que se enfrentan y

---

tienden a verlos como más estresantes, más negativos y que ocurren con mayor frecuencia, en comparación con el resto de la gente. Por su parte, otros autores como Billings *et al* (1983) reportan que las personas deprimidas presentan más eventos vitales y más negativos que las personas no deprimidas.

Por otra parte, estudios anteriores (Barraclough y Binet, 1982) han encontrado que aun cuando los eventos vitales están relacionados en la genesis de la depresión, el hecho es que estos no siempre son seguidos de depresión lo que sugiere la presencia de factores moderadores como las estrategias de afrontamiento. Las respuestas de afrontamiento a estresores pueden afectar la relación entre el estrés y la depresión (McNaughton *et al*, 1992, Andrews, Tennant, Hewson y Vaillant, 1978).

Respecto a las estrategias de afrontamiento algunas investigaciones (Folkman y Lazarus, 1986; Billings y Moos, 1980, Billings y Moos, 1984, Billings *et al*, 1983, Patterson, Smith y Grant, 1990) reportan que las personas con depresión tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción que dirigidas al problema, mientras que las personas sin depresión tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias dirigidas al problema.

Además de lo anterior, algunos investigadores (Warheit, 1979, Barraclough y Binet, 1982, Patterson *et al*, 1990) han observado la relación entre los eventos vitales y las estrategias de afrontamiento en la aparición y/o mantenimiento de la depresión.

Otras investigaciones (Folkman y Lazarus, 1986, Billings y Moos, 1984) han observado la relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de depresión, encontrando que las estrategias de Resolución de Problemas y Reevaluación Positiva están asociadas con depresión menos severa, mientras que las estrategias de Confrontativo, Auto-control y Escape-Evitación están vinculadas a mayor severidad.

Dado que no hay estudios en población mexicana, la presente investigación pretende observar si las personas deprimidas difieren de su forma de afrontar los distintos eventos estresantes a los que se enfrentan, de las personas no deprimidas, e identificar si los eventos vitales son similares en ambos grupos. Asimismo se intenta observar si existe alguna relación entre los eventos vitales, las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de depresión, en dicha población.

---

A partir de la gran diversidad de pacientes y casos atendidos durante la prestación del Servicio Social en la Unidad de Medicina Familiar No. 75, se optó por seleccionar los pacientes con diagnóstico de depresión debido a su alta demanda, por lo que se instrumentó el proyecto para investigar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento utilizadas ante eventos vitales en la muestra de pacientes con depresión, en comparación con un grupo sin depresión, además de identificar la relación entre eventos vitales, estrategias de afrontamiento y niveles de depresión.

#### **OBJETIVOS GENERALES:**

1. Comparar las diferencias entre las estrategias de afrontamiento utilizadas ante eventos vitales por las personas con depresión y las personas sin depresión.
2. Observar la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas ante eventos vitales y los niveles de depresión.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Observar si existen diferencias entre los eventos vitales reportados por personas con depresión y personas sin depresión.
- Observar si existe alguna relación entre el nivel de depresión y los eventos vitales reportados.
- Observar si las estrategias de afrontamiento utilizadas ante eventos vitales, por las personas con depresión difieren de las utilizadas por las personas sin depresión.
- Identificar si existe alguna relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas ante los eventos vitales y los niveles de depresión.

**TIPO DE INVESTIGACION:** Aplicada de campo

---

## **VARIABLES**

Las variables que se manejaron en esta investigación fueron de tipo atributivas debido a que ya existían en los sujetos que fueron estudiados y a que solamente fueron medidas y no manipuladas (Kerlinger, 1986).

### **Variable Independiente: Depresión**

#### *Definición Conceptual:*

Se consideró a la depresión como un síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva, considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los restantes componentes (Hollon y Beck, 1979)

#### *Definición Operacional:*

Se consideraron los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck para poder determinar el nivel de depresión que presentaba el individuo 00 - 08 Depresión nula, 09 - 15 Depresión leve; 16 - 22 Depresión moderada; 23 o más Depresión severa (Beck *et al.*, 1961)

### **Variable Dependiente 1: Estrategias de afrontamiento**

#### *Definición Conceptual:*

Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas esperadas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984).

#### *Definición Operacional:*

Se consideró el puntaje relativo obtenido para cada uno de los estilos de afrontamiento (confrontativo, distanciamiento, auto-control, soporte social, responsabilidad, escape-avoidance, resolución de problemas y reevaluación positiva) para posteriormente clasificar las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción y dirigidas al problema, considerando al apoyo social como

---

---

un estilo de afrontamiento intermedio entre los dirigidos a la emoción y al problema (Folkman y Lazarus, 1988)

#### **Variable Dependiente 2: Eventos Vitales**

##### *Definición Conceptual:*

Son aquellos eventos que tienen un gran impacto en la vida del individuo, se consideran eventos estresantes desde el momento que exceden o desbordan los recursos del individuo (Maes *et al.*, 1987).

##### *Definición Operacional:*

Se tomaron en cuenta los eventos vitales reportados en la Escala de Eventos Vitales y las Unidades de Cambio Vital que reflejan el grado de incomodidad que produce el evento a la persona (González de Rivera y Morera, 1983)

#### **HIPOTESIS:**

- Los individuos con depresión reportarán diferentes eventos vitales en comparación con los individuos sin depresión
- Los individuos que presenten mayores niveles de depresión reportarán mayor número de eventos vitales.
- Los individuos con depresión utilizarán con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción ante eventos vitales que los individuos sin depresión.
- Los individuos que presenten mayores niveles de depresión utilizarán con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción ante eventos vitales.

---

---

## METODO

### SUJETOS:

Participaron 30 sujetos, 4 hombres y 26 mujeres de 18 a 43 años. Los sujetos se dividieron en dos grupos:

El grupo uno (G1) estuvo formado por 15 pacientes (2 hombres y 13 mujeres) de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social diagnosticados con depresión y remitidos por el médico familiar al Módulo de Salud Mental.

El segundo grupo (G2) estuvo conformado por 15 sujetos sin depresión (2 hombres y 13 mujeres) que se encontraban en la sala de espera, no acudían a consulta médica o psicológica y accedieron a participar como voluntarios en la investigación.

Los requisitos de selección de la muestra para el grupo con depresión (G1) fueron

#### *Criterios de inclusión:*

- Tener un rango de edad entre los 18 y 45 años.
- Alfabetas.
- Obtener un puntaje mayor o igual a 9 en el Inventario de Depresión de Beck.
- Ser diagnosticados como deprimidos por el Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 75.

#### *Criterios de no inclusión:*

- Tener antecedentes personales y/o familiares de alguna enfermedad psiquiátrica.
- Presentar enfermedades crónico-degenerativas tales como diabetes, hipertensión, cáncer.
- Presentar algún tipo de enfermedad orgánica durante el último año.
- Estar bajo ingesta de medicamentos (ansiolíticos, antidepresivos, somníferos, neurotrópicos, o algún otro que comprometiera al Sistema Nervioso).
- Presencia de síntomas de menopausia.
- Ser diagnosticados como depresivos y calificar con depresión nula (menor o igual a 8) en el Inventario de Depresión de Beck.

---

---

***Criterios de exclusión:***

- Que durante el periodo de evaluación psicológica ingirieran algún medicamento (ansiolíticos, antidepresivos, somníferos, neurotrópicos, o alguno que comprometiera al Sistema Nervioso)
- No concluir la evaluación psicológica

Para el grupo sin depresión (G2) los requisitos de selección fueron los mismos con la diferencia de que deberían puntuar menos o igual a 8 en el Inventario de Depresión de Beck, en los criterios de inclusión.

**SELECCION DE LA MUESTRA:**

La selección de la muestra fue no probabilística intencional (Zinser, 1992, Kerlinger, 1986; Siegel, 1979) porque sólo se trabajó con los sujetos depresivos y no depresivos, siempre que cumplieran con los criterios antes mencionados.

**DISEÑO:**

Se utilizó un diseño cuasiexperimental de "Comparación de dos grupos independientes" (Siegel, 1979)

**ESCENARIO:**

La evaluación psicológica se llevó a cabo en un consultorio de aproximadamente 3 x 3 metros del Módulo de Salud Mental de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**INSTRUMENTOS:**

Los instrumentos que se utilizaron durante la presente investigación fueron:

**- Entrevista estructurada (Anexo 1).**

Entrevista elaborada para fines exclusivos de este estudio y está integrada por 13 reactivos, que permiten recopilar datos personales sobre salud, situación familiar y laboral.

---

---

**- Inventario de Depresión de Beck (Anexo 2)**

Consta de 21 reactivos. Cada reactivo contiene 4 o 5 frases y se le pide a la persona que seleccione aquellas que a su sentir le parecen más aplicables a su estado. Cada serie contiene valores numéricos del 0 al 3. El inventario hace hincapié en los signos emocionales, somáticos, cognoscitivos y conductuales de la depresión. El puntaje de la depresión es la suma de las respuestas de las 21 categorías, una vez obtenido el puntaje se ubica a la persona en un determinado nivel de severidad: 00 - 08 depresión nula, 09 - 15 depresión leve, 16 - 22 depresión moderada, 23 o más depresión severa (Beck *et al.*, 1961)

**- Escala de Eventos Vitales (Anexo 3)**

Consta de 61 reactivos que indican eventos relevantes que la persona haya vivido durante los últimos 12 meses. Contiene una escala del 1 al 4 en la que la persona señala el grado de molestia que el evento le haya provocado: 1 ninguna molestia, 2 poca molestia, 3 regular molestia, y 4 mucha molestia. Estos eventos pueden ser agradables (matrimonio, embarazo deseado) o indeseables (divorcio, muerte, enfermedad). A su vez, cada evento tiene asignado un valor que refleja el grado de impacto que puede provocar dicho evento a la persona, estos valores son expresados en Unidades de Cambio Vital (González de Rivera y Morera, 1983)

Una vez que se identificaron los eventos reportados por ambos grupos, los reactivos de la escala fueron clasificados retomando las categorías de Salud, Familia, Amor y Matrimonio, Trabajo, Finanzas, Hijos, Crimen y Legales, Hogar, Actividades Sociales y Miscelánea de la Escala de Eventos Vitales PERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview) de Dohrenwend *et al.* (1978).

**- Inventario de Modos de Afrontamiento (Anexo 4)**

Consta de 67 reactivos que describen las estrategias que la persona emplea para enfrentar una situación determinada. El sujeto contesta cada reactivo en función de un evento estresante que haya vivido. Cada reactivo es contestado de acuerdo a una escala numérica que indica la frecuencia con la que es empleada dicha estrategia. Los valores van del 0 al 3 en donde 0 es "no", 1 "en alguna medida"; 2 "generalmente"; y 3 "siempre". Posteriormente se obtiene un puntaje bruto, es decir, la sumatoria de las calificaciones de los ítems correspondientes a cada estilo de afrontamiento a partir

---

---

del cual se determinará el promedio de cada estilo y el promedio total. Finalmente, se obtiene el porcentaje relativo (división del promedio de cada estilo de afrontamiento entre la suma total de los promedios multiplicado por 100). Este tipo de sumatoria permite evaluar 8 diferentes estilos de afrontamiento que pueden agruparse en dos categorías:

- *Estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción:* distanciamiento, autocontrol, responsabilidad, escape-avoidancia y reevaluación positiva

- *Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema:* confrontativo y resolución de problemas

- *Soporte social* que incluye ambas categorías (Folkman y Lazarus, 1988)

#### **PROCEDIMIENTO:**

La aplicación de los instrumentos para ambos grupos se realizó de manera individual en una sola sesión con una duración de 90 minutos.

Los pacientes diagnosticados con depresión (G1) fueron remitidos por el médico familiar al Módulo de Salud Mental.

Antes de la aplicación de los inventarios se efectuó una entrevista en la que se incluyeron los criterios de selección para determinar si el sujeto podía participar dentro de la investigación.

Posteriormente se aplicó el Inventario de Depresión de Beck *et al* (1961) para identificar el nivel de depresión que presentaba el sujeto.

Una vez concluido, se le pedía que contestaran la Escala de Eventos Vitales (Gonzalez de Rivera y Morera, 1983), de acuerdo a los eventos que hubiera presentado en los últimos 12 meses. Ya contestado se le pidió señalara el evento que hubiera tenido mayor relevancia para él.

Por último, se le pidió al sujeto que contestara el Inventario de Modos de Afrontamiento de Folkman y Lazarus (1988) en función de dicho evento vital.

Para el grupo sin depresión (G2) se distribuyeron carteles en la Unidad de Medicina Familiar haciendo la invitación a los derechohabientes de participar en la investigación y solicitando su presencia en el Módulo de Salud Mental en donde se les aplicó la entrevista estructurada confirmando si cumplían con los criterios de selección y posteriormente aplicarles el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Eventos Vitales y el Inventario de Modos de Afrontamiento.

---

Los sujetos del G2 que cumplieran con los criterios de inclusión fueron apareados en las características sociodemográficas de sexo y edad hasta obtener el mismo número de sujetos que en el G1.

---

## RESULTADOS

Los datos obtenidos fueron analizados por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS)

Para obtener las diferencias entre los eventos vitales reportados y las estrategias de afrontamiento usadas en ambos grupos se utilizó la prueba U de Mann Whitney, la cual es una técnica no paramétrica sumamente útil para analizar datos discretos cuando las dos muestras independientes son pequeñas (Siegel, 1979). En la identificación de la relación entre los niveles de depresión, los eventos vitales reportados y las estrategias de afrontamiento se utilizó el coeficiente de correlación de rango de Spearman, el cual es una medida de asociación que requiere que ambas variables sean medidas por lo menos en una escala ordinal.

### CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

En la tabla 1 se presentan las características demográficas de cada uno de los grupos. El promedio de edad del grupo con depresión (G1) fue de 30.06 años (con un rango de 18 a 41 años) mientras que en el grupo sin depresión (G2) fue de 30.13 años (con un rango de 18 a 43 años) observándose que no hay diferencia de edad entre los grupos.

En cuanto a la variable sexo el 86.7% (n=13) fueron mujeres y el 13.3% (n=2) fueron hombres en ambos grupos.

Respecto al estado civil, en el G1 predominaron los casados en un 53.3% seguido por solteros 33.3% y divorciados o separados 13.3%. Mientras que en el G2 predominaron los solteros 53.3% seguidos por casados 46.7%.

En relación a la escolaridad, en el G1 hubo mayor prevalencia de sujetos con secundaria terminada 46.7%. Por su parte, en el G2 predominó el nivel de licenciatura 40% seguido por bachillerato 33.3%.

Con respecto a la ocupación, en ambos grupos predominó la ocupación de empleado (profesor, secretaria). El G1 estuvo conformado en un 40% por empleados seguido por amas de casa en un 33.3%. En el G2 los empleados fueron la mayoría en un 66.7%.

**TABLA 1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS POR GRUPO**

	<b>GRUPO 1 (G1)</b> (N 15)	<b>GRUPO 2 (G2)</b> (N 15)
<b>EDAD</b>	X 30 06 años	X 30 13 años
<b>SEXO</b>		
Mujeres	(13) 86 7%	(13) 86 7%
Hombres	(02) 13 3%	(02) 13 3%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	(05) 33 3%	(08) 53 3%
Casado	(08) 53 3%	(07) 46 7%
Divorciado o Separado	(02) 13 3%	(00) -----
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Primaria	(02) 13 3%	(02) 13 3%
Secundaria	(07) 46 7%	(00) -----
Bachillerato	(02) 13 3%	(05) 33 3%
Carrera Técnica	(02) 13 3%	(02) 13 3%
Licenciatura	(02) 13 3%	(06) 40 0%
<b>OCUPACION</b>		
Hogar	(05) 33 3%	(02) 13 3%
Obrero	(03) 20 0%	(00) -----
Empleado	(06) 40 0%	(10) 66 7%
Estudiante	(01) 06 7%	(02) 13 3%
Comerciante	(00) -----	(01) 06 7%

### **INVENTARIO DE DEPRESION**

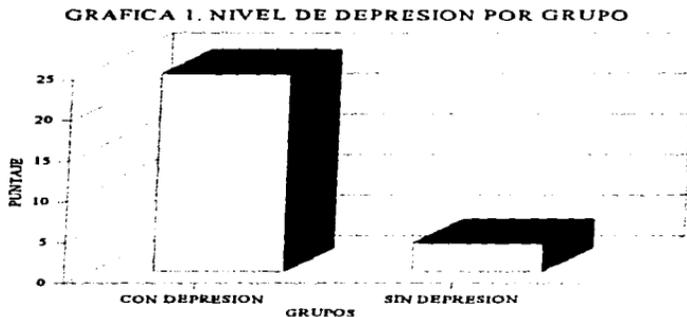
En la tabla 2 se presentan los resultados del Inventario de Depresión de Beck (IDB) en forma de frecuencias y porcentajes (Número de sujetos que calificaron el ítem con un puntaje mayor o igual a 1) en cada uno de los reactivos. Posteriormente se sumó el total de puntajes obtenidos en el inventario por cada sujeto, se dividió entre el número de sujetos y se obtuvo la media del nivel de depresión por grupo.

**TABLA 2. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN EL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK POR GRUPO**

REACTIVO	MODALIDAD	G1	G2
A Estado de ánimo	Afecto	(14) 93.3% <sup>a</sup>	0*
B Pesimismo	Cognición	(10) 66.7% <sup>a</sup>	(00) 0% <sup>a</sup>
C Sentimiento de Fracaso	Cognición	(12) 80.0% <sup>a</sup>	(00) 0% <sup>a</sup>
D Falta de Satisfacción	Afecto	(11) 73.3% <sup>a</sup>	(00) 0% <sup>a</sup>
E Sentimiento de Culpa	Cognición	(08) 53.3% <sup>a</sup>	0*
F Sentimiento de Castigo	Cognición	(14) 93.3% <sup>a</sup>	(05) 33.3% <sup>a</sup>
G Odio a sí mismo	Afecto	(15) 86.7% <sup>a</sup>	(02) 13.3% <sup>a</sup>
H Autoacusaciones	Cognición	(13) 86.7% <sup>a</sup>	(03) 20.0% <sup>a</sup>
I Deseos Autopunitivos	Cognición	(09) 60.0% <sup>a</sup>	0*
J Brotes de llanto	Conducta	(12) 80.0% <sup>a</sup>	0*
K Irritabilidad	Afecto	(13) 86.7% <sup>a</sup>	(05) 33.3% <sup>a</sup>
L Aislamiento Social	Relaciones Interper	(11) 73.3% <sup>a</sup>	(02) 13.3% <sup>a</sup>
M Indecisión	Cognición	(11) 73.3% <sup>a</sup>	(04) 26.7% <sup>a</sup>
N Imagen Corporal	Cognición	(12) 80.0% <sup>a</sup>	(02) 13.3% <sup>a</sup>
O Inhibición del Trabajo	Conducta	(14) 93.3% <sup>a</sup>	(03) 20.0% <sup>a</sup>
P Perturbación del Sueño	Drogas	(14) 93.3% <sup>a</sup>	(03) 20.0% <sup>a</sup>
Q Fatigabilidad	Sensaciones	(12) 80.0% <sup>a</sup>	(03) 20.0% <sup>a</sup>
R Pérdida del Apetito	Drogas	(07) 46.7% <sup>a</sup>	(01) 06.7% <sup>a</sup>
S Pérdida de Peso	Drogas	(04) 26.7% <sup>a</sup>	(02) 13.3% <sup>a</sup>
T Preocupación Somática	Cognición	(08) 53.3% <sup>a</sup>	(03) 20.0% <sup>a</sup>
U Pérdida de la Libido	Drogas	(13) 86.7% <sup>a</sup>	(03) 20.0% <sup>a</sup>
NIVEL DE DEPRESION		X <sub>1</sub> = 24.33 Severa <sup>a</sup>	X <sub>2</sub> = 3.53 Nula <sup>a</sup>

\* El cero refiere que ningún sujeto califico el reactivo con un puntaje mayor o igual a 1

Como se observa en la Gráfica 1, el G1 presentó un nivel de Depresión Severa ( $X=24.33$ ) y el G2 Depresión Nula ( $X=3.53$ ). El rango de puntaje en el G1 fue de 10 a 39 puntos mientras que para el G2 fue de 0 a 8 puntos. La prueba U de Mann Whitney mostró diferencias significativas ( $Z=-4.68 p < .00001$ ) entre los puntajes medios del I D B de ambos grupos.



Tomando en consideración los parámetros de depresión propuestos por Beck *et al* (1961), en el G1, 13.3% de los sujetos se ubican en Depresión Leve (9-15 puntos), 26.7% en Depresión Moderada (16-22 puntos) y 60% en Depresión Severa (23 o más) (Ver Gráfica 2).

---

GRAFICA 2. DISTRIBUCION DEL NIVEL DE DEPRESION



En el G1 los reactivos que puntuaron con mayor frecuencia fueron Estado de Animo, Sentimiento de Castigo, Inhibición del Trabajo y Perturbación del Sueño en un 93.3% y Odio a si mismo, Autoacusaciones, Irritabilidad y Pérdida de la libido en un 86.7%. El reactivo que puntuaron con menor frecuencia fue Pérdida de Peso en un 26.7%.

Por su parte, en el G2 los reactivos que puntuaron con mayor frecuencia fueron Sentimiento de Castigo e Irritabilidad en un 33.3% así como Indecisión 26.7%. Siendo los reactivos de Pesimismo, Sentimiento de Fracaso, Falta de Satisfacción y Pérdida de Apetito los que puntuaron con menor frecuencia en un 6.7%. Los reactivos que no fueron puntuados por el G2 fueron Estado de Animo, Sentimiento de Castigo, Deseos Autopunitivos y Brotes de llanto.

---

## ESCALA DE EVENTOS VITALES

El G1 reportó una frecuencia promedio de 10.13 eventos mientras que el G2 reportó 7.6 eventos (Ver Gráfica 3). A través de la prueba U de Mann Whitney no se encontró ninguna diferencia significativa entre las medias de cada grupo ( $Z = -1.29$   $p = .2017$ ).

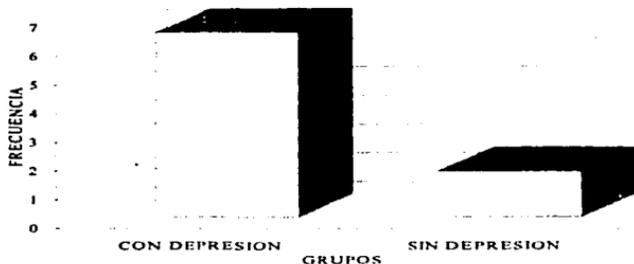
**GRAFICA 3. FRECUENCIA DE EVENTOS VITALES REPORTADOS POR GRUPO**



Asimismo, el G1 reportó una frecuencia promedio de 6.46 eventos considerados como molestos (que puntuaran 3 ó 4 en la Escala de Eventos Vitales) y el G2 reportó 1.6 eventos, encontrándose significativa dicha diferencia ( $Z = -3.72$   $p = .0001$ ) (Ver Gráfica 4).

---

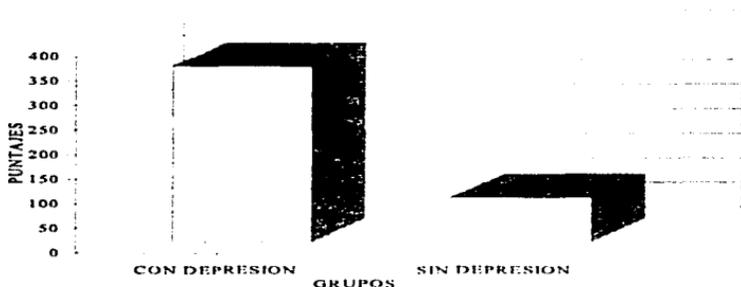
**GRAFICA 4.FRECUENCIA DE EVENTOS VITALES REPORTADOS COMO MOLESTOS POR GRUPO**



Como se observa en la Gráfica 5, el G1 presentó una frecuencia promedio de 357.93 Unidades de Cambio Vital (U.C.V.), lo cual, de acuerdo a la Escala de Eventos Vitales ubica a la población en Alto Riesgo de padecer enfermedades; por su parte el G2 presentó una frecuencia de 90.26 U.C.V., lo cual lo ubica en población sin riesgo. La U de Mann Whitney mostró una diferencia significativa ( $Z = -3.71$   $p = .0001$ ) entre los puntajes medios de U.C.V. de ambos grupos.

Asimismo, al correlacionar los puntajes del Inventario de Depresión de Beck con las Unidades de Cambio Vital empleando la correlación de coeficiente de rango de Spearman, no se encontró ninguna relación significativa en ambos grupos (G1  $r_s = .1180$ ; G2  $r_s = .2259$ )

GRAFICA 5. PUNTAJE DE UNIDADES DE CAMBIO VITAL POR GRUPO



Por otra parte, en el G1 se observó la frecuencia de eventos vitales reportados en cada nivel de depresión (leve, moderada y severa). Los sujetos con *depresión leve* reportaron una frecuencia promedio de 5.5 eventos, los sujetos con *depresión moderada* 10.75 eventos y los que presentan *depresión severa* 10.88 (Ver Gráfica 6)

Lo mismo se efectuó con la frecuencia de eventos reportados como molestos por el G1 en donde se encontró que los sujetos con *depresión leve* reportan como molestos 2 eventos, los de *depresión moderada* 6 eventos y con *depresión severa* 7.6 (Ver Gráfica 7).

---

**GRAFICA 6.FRECUENCIA DE EVENTOS VITALES  
REPORTADOS POR NIVEL DE DEPRESION**



**GRAFICA 7.FRECUENCIA DE EVENTOS VITALES  
REPORTADOS COMO MOLESTOS POR NIVEL**



---

Posteriormente se realizó un análisis más exhaustivo de cada uno de los reactivos que conforman la Escala de Eventos Vitales, con la finalidad de identificar cuáles fueron los eventos que reportaron con mayor frecuencia y cuáles fueron los que provocaron mayor grado de molestia, en ambos grupos.

En la Tabla 3 se indica el porcentaje de eventos reportados y el porcentaje de eventos reportados con mayor grado de molestia por cada grupo.

Como se observa en la tabla, los eventos reportados con mayor frecuencia en el G1 fueron: Dificultades con la educación de los hijos 66.7% (Hijos), Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa familiar 53.3% (Familia), Cambios en las costumbres personales 53.3% (Miscelánea), y Cambio en el ritmo del sueño 53.3% (Salud), mientras que los eventos menormente reportados fueron Muerte del Cónyuge y Divorcio, ambos del área de Amor y Matrimonio, así como Embarazo deseado (Hijos), entre otros, en un 6.7%.

En el G2 los eventos vitales que se reportaron con mayor frecuencia fueron: Fiesta de Navidad y Reyes en un 46.7% (Miscelánea) y Cambio de apetito y Costumbres alimentarias 40% (Salud), siendo los eventos vitales reportados con menor frecuencia Reconciliación y Terminación de un noviazgo o de una relación similar (ambos del rubro Amor y Matrimonio) y Embarazo deseado (Hijos), entre otros, en un 6.7%.

Los eventos vitales que fueron reportados con la misma frecuencia en ambos grupos fueron: Enfermedad o agravamiento de una enfermedad de un miembro cercano a la familia 33.3% (Familia), Muerte de un familiar cercano 20% (Familia) y Cambios en costumbres sociales 20% (Actividades Sociales).

Al efectuar el análisis de eventos vitales reportados por cada grupo, se observa que las áreas donde hay mayor diferencia entre los grupos son Amor y Matrimonio, Hijos, Familia, Crimen y Legales, Salud y Miscelánea.

De tal manera se identifica que en Amor y Matrimonio el G1 reporta más los eventos de "Terminación de un noviazgo o relación similar" y "Dificultades sexuales" (ambas en un 33.3%) a diferencia del G2 (que reporta al primero en un 6.7% y el segundo no lo reporta).

**TABLA 3. PORCENTAJES DE EVENTOS VITALES REPORTADOS POR GRUPO**

REACTIVOS	FRECUENCIA		GRADO DE MOLESTIA	
	G1	G2	G1	G2
<b>Amor y Matrimonio</b>				
1 Muerte del Conyuge	6 7%	-----	0	-----
2 Separación	20 0%	13 3%	13 3%	13 3%
3 Divorcio	6 7%	-----	0	-----
4 Matrimonio	13 3%	20 0%	6 7%	0
5 Reconciliación	20 0%	6 7%	6 7%	0
6 Terminación de un noviazgo o de una relación similar	33 3%	6 7%	20 0%	6 7%
7 Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	13 3%	-----	6 7%	-----
12 Relación sexual fuera del matrimonio	13 3%	-----	6 7%	-----
13 Ruptura de la relación sexual fuera del matrimonio	33 3%	-----	13 3%	-----
14 Dificultades sexuales				
<b>Hijos</b>				
8 Embarazo deseado	6 7%	6 7%	0	0
9 Embarazo no deseado	13 3%	-----	6 7%	-----
10 Aborto provocado	6 7%	-----	0	-----
11 Aborto no deseado	6 7%	-----	0	-----
15 Dificultades con la educación de los hijos**	*66 7%	13 3%	*46 7%	0
16 Hijos bajo el cuidado de otra (s) persona (s)	40 0%	-----	26 7%	-----
25 Hijos lejos del hogar	13 3%	-----	6 7%	-----
<b>Familia</b>				
17 Muerte de un familiar cercano	20 0%	20 0%	13 3%	13 3%
18 Enfermedad o agravamiento de un miembro cercano a la familia	33 3%	33 3%	13 3%	26 7%
19 Incorporación de un nuevo miembro a la familia	33 3%	6 7%	13 3%	6 7%
20 Abandono del hogar de un miembro de la familia	20 0%	6 7%	6 7%	0
21 Desintegración familiar	26 7%	-----	20 0%	-----
22 Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa **	*53 3%	20 0%	*46 7%	13 3%
23 Desaparición de problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa	6 7%	-----	0	-----
24 Dejar la casa por un tiempo	6 7%	6 7%	6 7%	0
<b>Trabajo</b>				
26 Quedarse sin trabajo	20 0%	13 3%	6 7%	13 3%
27 Jubilación	6 7%	-----	0	-----
28 Despido del trabajo	6 7%	-----	0	-----
29 Cambio de trabajo	26 7%	20 0%	6 7%	0
30 El cónyuge comienza o deja de trabajar fuera de casa	13 3%	-----	6 7%	-----

31 Ascenso en el trabajo	6 7%	6 7%	0	0
32 Problemas con los superiores en el trabajo	13 3%	26 7%	20 0%	0
33 Nuevo empleo en el mismo tipo de trabajo	20 0%	13 3%	0	0
34 Nuevo empleo en otro tipo de trabajo	6 7%	6 7%	0	0
35 Cambio de horario en el trabajo	11 1%	26 7%	20 0%	0
36 Problemas con colegas o compañeros de trabajo	40 0%	20 0%	26 7%	0
<b>Finanzas</b>				
37 Préstamo o hipoteca de más de 10 mil pesos	6 7%	-----	6 7%	-----
38 Aumento de ingresos (más de 25%)	6 7%	26 7%	0	13 3%
39 Reducción sustancial de ingresos (25%)	20 0%	6 7%	13 3%	0
<b>Crímenes y Legales</b>				
40 Problemas legales que pudieran terminar en encarcelamiento	-----	-----	-----	-----
41 Problema legal menor (multas, borracheras)	-----	-----	-----	-----
42 Complicación en una pelea	13 1%	13 1%	13 3%	0
47 Accidente o situación de violencia física	-----	26 7%	-----	20 0%
<b>Salud</b>				
43 Enfermedad o accidente que requiera guardar cama	13 1%	6 7%	13 3%	0
55 Cambio en el ritmo del sueño**	*53 1%	13 1%	*40 0%	0
56 Cambio de apetito o de costumbres alimenticias**	*46 7%	*40 0%	20 0%	6 7%
59 Problemas relacionados con el alcohol y las drogas	33 1%	13 3%	33 3%	6 7%
60 Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico	6 7%	-----	6 7%	-----
61 Detonero repentino de la vista o el oído	40 0%	6 7%	13 3%	0
<b>Hogar</b>				
45 Cambio de casa	6 7%	13 3%	6 7%	0
46 Compra de casa	13 3%	6 7%	13 3%	0
50 Cambios en la casa	13 3%	26 7%	6 7%	0
<b>Actividades sociales</b>				
44 Muerte de un amigo	6 7%	26 7%	6 7%	13 3%
54 Cambio en costumbres sociales	20 0%	20 0%	13 3%	0
<b>Misceláneas</b>				
48 Éxito personal muy grande	-----	26 7%	-----	6 7%
49 Exámenes	6 7%	20 0%	0	0
51 Cambios en las costumbres personales	53 1%	26 7%	40 0%	0
52 Cambios en opiniones religiosas	13 3%	20 0%	0	0
53 Cambios en opiniones políticas	6 7%	20 0%	0	0
57 Vacaciones fuera de casa	13 3%	33 3%	0	0
58 Fiesta de navidad y reyes*	40 0%	*46 7%	26 7%	6 7%

(Continuación)

0. Son eventos que los sujetos consideran con bajo grado de molestia (puntuaron 1 ó 2 en la escala)

----- Eventos que no fueron reportados en el inventario

---

Respecto al área Hijos, el G1 reporta con mayor frecuencia los eventos de "Dificultad en la educación de los hijos" (66.7%) e "Hijos bajo el cuidado de otra persona" (40%), mientras que el G2 reporta al primero en un 13.3% y no reporta el segundo.

A su vez, en el área de Familia los eventos más reportados por el G1 son "Incorporación de un nuevo miembro de la familia" (33.3%) contrastado con el 6.7% del G2, "Desintegración familiar" (26.7%) y "Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa" (53.3%) contra el G2 que no reporta en segundo evento y el último lo hace en un 13.3%.

En Crimen y Legales el G2 reporta el evento de "Accidente o situación de violencia física" en un 26.7% mientras que el G1 no lo manifiesta.

En el área de Salud, el G1 reporta los eventos "Cambio en el ritmo del sueño" (53.3%) y "Deterioro repentino de la vista o el oído" (40%) a diferencia del G2 que los reporta en un 33.3% y 6.7% respectivamente.

Por último, en el área Miscelánea, el G1 reporta más los eventos "Cambio en las costumbres personales" (53.3%) a diferencia del G2 (26.7%). Asimismo, el G2 reporta más el evento de "Exitos personal muy grande" (26.7%) no siendo reportado por el G1.

Posteriormente se efectuó un análisis del porcentaje de los eventos vitales reportados en ambos grupos con mayor grado de molestia, tomando como referencia que puntuaron 3 "Regular molestia" y 4 "Mucha molestia" en la Escala de Eventos Vitales (Ver tabla 3).

En el G1 los eventos vitales reportados con mayor grado de molestia fueron: Dificultad con la educación de los hijos 46.7% (Hijos), Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa familiar 46.7% (Familia) y Cambios en el ritmo del sueño 40% (Salud).

En el G2 los eventos reportados con mayor grado de malestar fueron: Enfermedad o agravamiento de un miembro cercano a la familia 26.7% (Familia) y Accidente o situación de violencia física 20% (Crimen y Legales).

Con respecto al reactivo Muerte de un familiar cercano (Familia), los dos grupos lo reportaron con el mismo grado de molestia en un 13.3%.

---

Respecto a los eventos que el G1 reportó como más molestos que el G2 se encuentran en el área de Hijos los eventos "Dificultad con la educación de los hijos" donde el G1 lo reporta como molesto en un 46.7% y el de "Hijos bajo el cuidado de otra persona" en un 26.7%, mientras que el G2 no reporta como molesto al primero y el segundo no lo manifiesta

En el área de Familia, el G1 reportó como molesto en un 46.7% el evento "Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa, mientras el G2 lo reporta en un 13.3%.

Dentro de la categoría de Salud, el G1 reporta como más molesto el evento "Cambio en el ritmo del sueño" en un 40% mientras que el G2 no lo considera como tal. Asimismo, "Problemas relacionados con el alcohol y las drogas" en un 33.3% contra el 6.7% del G2.

Por último, respecto al área Miscelánea, con respecto al evento "Cambios en las costumbres personales" el G1 lo refiere como molesto en un 40% a diferencia del G2 que no lo considera como tal.

Una vez que se identificaron los eventos vitales reportados con mayor frecuencia y los reportados con mayor grado de molestia por ambos grupos, se procedió a observar la relación existente entre dichos eventos.

En el G1, los eventos vitales reportados con mayor frecuencia coincidieron con los reportados con mayor grado de molestia "Dificultad con la educación de los hijos" (Hijos), "Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa" (Familia), "Cambio en el ritmo del sueño" (Salud) y "Cambio en las costumbres personales" (Miscelánea).

Mientras que en el G2 se observó que los eventos vitales reportados con mayor frecuencia fueron: "Cambio de apetito y de costumbres alimenticias" (Salud) y "Fiesta de Navidad y Reyes" (Miscelánea) no fueron considerados como molestos.

Con respecto a los eventos reportados con la misma frecuencia por ambos grupos se encontró que en Muerte de un familiar cercano (Familia), ambos grupos lo reportaron como molestos en un 13.3%, en Enfermedad o agravamiento de un miembro cercano a la familia (Familia) el G2 lo reportó en un 26.7% como molesto, y en Cambios de costumbres sociales (Actividades Sociales), el G1 lo reportó en un 13.3% como más molesto (Ver tabla 3).

Una vez que se realizó el análisis de porcentajes de eventos vitales reportados con mayor

frecuencia y del porcentaje de eventos vitales considerados como molestos en ambos grupos, se encontró que no hay una área específica en la que predominen los eventos vitales reportados, sin embargo se observó que en el G1 los eventos más reportados se ubican en las áreas de Hijos, Familia y Salud, mientras que en el G2 se ubican en las áreas de Salud, Familia y Miscelánea (Ver tabla 3)

Al identificar el evento vital que los sujetos consideraron más significativo, se observa que en el G1 es el evento de "Dificultad con la educación de los hijos" en un 40% correspondiente al área de Hijos. En el G2 es "Problemas con colegas o compañeros de trabajo" en un 20%, correspondiente al área de Trabajo

#### **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

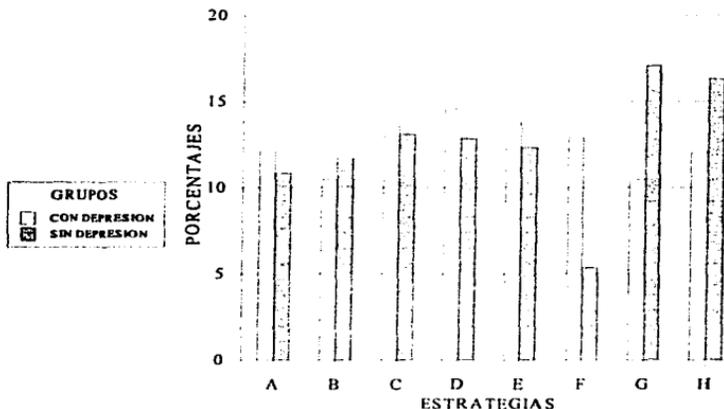
Como se observa en la Gráfica 8, el G1 utilizó con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento de Soporte Social 14.54% y Autocontrol 13.58% utilizando con menor frecuencia Resolución de Problemas 10.48% y Distanciamiento 10.50%.

El G2 se observó que utiliza con mayor frecuencia Resolución de Problemas 17.10% y Reevaluación Positiva 16.34% utiliza menos Confrontativa 10.88% y Escape-Evitación 5.38%.

Mediante la prueba U de Mann Whitney se compararon las medias de los porcentajes relativos de cada estrategia por grupo encontrándose una diferencia significativa en el uso de la estrategia de Escape-Evitación ( $Z = -3.13$   $p = .0012$ ), la cual utiliza con mayor frecuencia el G1 en comparación con el G2 y las estrategias Reevaluación Positiva ( $Z = -2.30$   $p = .0209$ ) y Resolución de Problemas ( $Z = -3.25$   $p = .0007$ ) las cuales son utilizadas más por el G2.

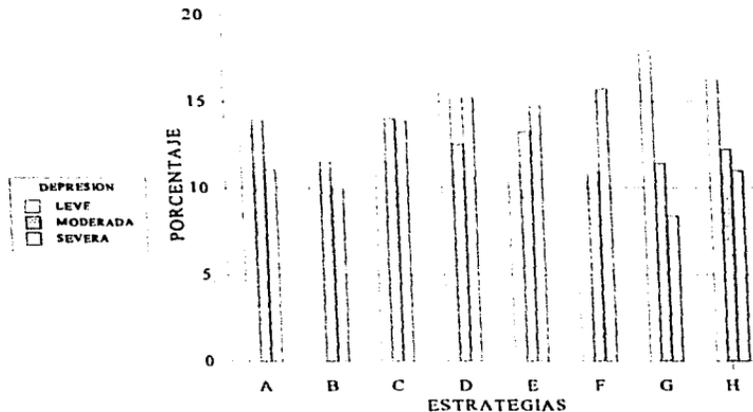
A Confrontativo	E Responsabilidad
B Distanciamiento	F Escape-Evitación
C Auto-control	G Resolución de Problemas
D Soporte Social	H Reevaluación Positiva

**GRAFICA 8. PORCENTAJE DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO POR GRUPO**



Una vez que se realizó la comparación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por ambos grupos se procedió a identificar el empleo de estrategias de afrontamiento de acuerdo a los niveles de depresión existentes en el grupo 1 (Ver Gráfica 9).

## GRAFICA 9. PORCENTAJE DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO POR NIVEL DE DEPRESION



Aquí se observa que en el nivel de *depresión leve* se utiliza con mayor frecuencia las estrategias de Resolución de Problemas 17.89% y Reevaluación Positiva 16.24% y con menor frecuencia la de Escape-Evitación 4.26%. En el nivel de *depresión moderada* utilizan más Resolución de Problemas 17.89% y Reevaluación Positiva 16.24% y con menor frecuencia la de Escape-Evitación 4.26%. En el nivel de *depresión severa* utilizan más Autocontrol 14.01% y Confrontativo 13.95% y utilizan menos Escape-Evitación 10.93%. Por su parte, las estrategias de

---

afrontamiento que utilizan más los sujetos con *depresión severa* son Escape-Evitación 15.72% y Soporte Social 15.21% utilizando menos Resolución de Problemas 8.41% y Distanciamiento 9.92%

Por medio de un análisis de correlación de Spearman se encontró en el G1 una correlación positiva entre el puntaje del Inventario de Depresión de Beck (IDB) y la estrategia de Escape-Evitación ( $r_s = .6941$   $p < .01$ ) la cual se considera significativa mostrando que a mayor nivel de depresión utilizan con mayor frecuencia dicha estrategia. Mientras que se encontraron correlaciones negativas en las estrategias de Resolución de Problemas ( $r_s = -.6440$   $p < .01$ ) y Reevaluación Positiva ( $r_s = -.5116$ ), lo cual refiere que a mayores niveles de depresión utilizan menos dichas estrategias (Ver Tabla 4)

Como se observa en la tabla, se correlacionaron las estrategias de afrontamiento utilizadas por el G1 encontrándose que entre más utilizan Distanciamiento más utilizan Autocontrol ( $r_s = .6607$   $p < .01$ ) y entre más utilizan Resolución de Problemas más utilizan Reevaluación Positiva ( $r_s = .5928$   $p < .01$ ), asimismo, se encontró que entre más utilizan Autocontrol menos utilizan Reevaluación Positiva ( $r_s = -.6107$   $p < .01$ ) y Soporte Social ( $r_s = -.5714$   $p < .01$ ) y entre más utilizan Escape-Evitación menos utilizan Resolución de Problemas ( $r_s = -.8857$   $p < .01$ ) y Reevaluación Positiva ( $r_s = -.6857$   $p < .01$ ).

En el G2 se encontró una correlación positiva entre los puntajes de IDB y el uso de la estrategia de Escape-Evitación ( $r_s = .5532$ ) y una correlación negativa respecto a la estrategia de Resolución de Problemas ( $r_s = -.3569$ ) y Reevaluación Positiva ( $r_s = -.3917$ ) sin considerarse estadísticamente significativas.

Respecto a la correlación de cada estrategia de afrontamiento se observó en el G2 que entre más utilizan la estrategia Confrontativa menos utilizan la de Autocontrol ( $r_s = -.8107$   $p < .01$ ), entre más utilizan Distanciamiento menos utilizan Responsabilidad ( $r_s = -.4750$   $p < .01$ ) y Reevaluación Positiva ( $r_s = -.7142$   $p < .01$ ), y mientras más utilizan Resolución de Problemas menos usan la de Escape-Evitación ( $r_s = -.7095$   $p < .01$ ) (Ver tabla 5).

**TABLA 4. CORRELACION DE PUNTAJES DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (IDB) Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL GRUPO CON DEPRESION**

Correlacion	IDB	Confrontativo	Distanciamiento	Auto-control	Soporte Social	Responsabilidad	Escape Evitacion	Resolucion de Problemas	Reevaluacion Positiva
IDB	1.0000	-0.178	-0.2772	0.644	0.2254	0.2898	0.6941*	-0.6440*	-0.5116
Confrontativo	-0.178	1.0000	-0.3892	-0.1071	-0.1214	-0.5500	-0.1750	0.3857	-0.0571
Distanciamiento	-0.2772	-0.3892	1.0000	0.6607*	-0.3785	-0.1531	0.1250	-0.0892	-0.3357
Auto-control	0.644	-0.1071	0.6607*	1.0000	-0.5714	-0.2000	0.3642	-0.2428	-0.6107*
Soporte Social	0.2254	-0.1214	-0.3785	-0.5714	1.0000	-0.0392	-0.1607	-0.0428	0.0071
Responsabilidad	0.2898	-0.5500	-0.1531	-0.2000	-0.0392	1.0000	0.3678	-0.4571	0.1500
Escape Evitacion	0.6941*	-0.1750	0.1250	0.3642	-0.1607	0.3678	1.0000	-0.8857*	-0.6857*
Resolucion de Problemas	-0.6440*	0.3857	-0.0892	-0.2428	-0.0428	-0.4571	-0.8857*	1.0000	0.5928*
Reevaluacion Positiva	-0.5116	-0.0571	-0.3357	-0.6107*	0.0071	0.1500	-0.6857*	0.5928*	1.0000

Nivel de significancia \* - .01

**TABLA 5. CORRELACION DE PUNTAJES DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (I.D.B.) Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL GRUPO SIN DEPRESION**

Correlacion	I D B	Confrontativo	Distanciamiento	Auto-control	Soporte Social	Responsabilidad	Escape Evitacion	Resolucion de Problemas	Reevaluacion Positiva
I D B	1 0000	0658	0988	- 0164	0146	- 0622	5532	- 3569	- 3917
Confrontativo	0658	1 0000	- 2892	- 8107	1178	0500	- 2073	1428	5071
Distanciamiento	0988	- 2892	1 0000	1428	- 2785	- 4750	- 0107	- 0142	- 7142*
Auto-control	0164	- 8107	1428	1 0000	- 2107	- 3571	1161	- 2535	- 4714
Soporte Social	- 0146	1178	- 2785	- 2107	1 0000	- 0928	- 2681	2178	3071
Responsabilidad	- 0622	0500	- 4750	- 3571	- 0928	1 0000	3163	- 3785	3035
Escape Evitacion	5532	- 2073	- 0107	1161	- 2681	3163	1 0000	- 7095*	- 3413
Resolucion de Problemas	- 3569	1428	- 0142	- 2532	2178	- 3785	- 7095*	1 0000	1678
Reevaluacion Positiva	- 3917	5071	- 7142*	- 4714	3071	3035	- 3413	1678	1 0000

Nivel de significancia \* - .01

---

---

## DISCUSION

El propósito de la presente investigación fue comparar las diferencias entre las estrategias de afrontamiento utilizadas ante eventos vitales por un grupo con depresión y otro sin depresión, así como observar la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas ante eventos vitales y los niveles de depresión

Uno de los motivos que conllevaron al presente estudio fue la gran incidencia de pacientes con depresión que acudian a consulta médica de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Es importante referir que este trabajo se distingue por haber empleado dos grupos homogéneos en las características demográficas de sexo y edad, lo que hace que ambas muestras sean altamente comparables. Además de que en las características de estado civil y ocupación son muy similares, encontrándose un predominio de empleados en ambos grupos.

Como resultado de la investigación se encontró que la mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino en un 83.3%, lo que coincide con lo reportado por Billings y Moos (1984) y Surtees (1986, en Vallejo y Gastó, 1990) quienes refieren que la mujer está más expuesta a estresores ambientales y a usar menos efectivamente sus estrategias de afrontamiento por lo que acuden con mayor frecuencia a consulta. Asimismo, la edad promedio en el grupo con depresión fue de 30.06 años, con un rango de 18 a 43 años lo que se asemeja a lo señalado por Vallejo y Gastó (1990) quienes indican que hay una mayor incidencia de depresión en adultos jóvenes ubicados entre ese rango de edad.

Los hallazgos mostraron que los pacientes depresivos no reportan más eventos vitales que el grupo sin depresión, lo que difiere con lo reportado por Billings *et al* (1983) quien refiere que los depresivos tienden a experimentar más eventos estresantes que el grupo sin depresión. Sin embargo, se encontró que los depresivos consideran los eventos como más molestos que el grupo sin depresión, lo cual confirma lo mencionado por Hammen *et al* (1981) y Cochran y Hammen (1983), quienes mencionan que las personas deprimidas perciben los eventos de manera más negativa. Con esto podemos referir que la evaluación cognitiva juega un papel importante en la relación estrés-sintomatología.

---

Respecto a la hipótesis referente a que los individuos con depresión reportarán diferentes eventos vitales en comparación con los individuos sin depresión, fue aceptada debido a que se encontró que el grupo con depresión reportó más eventos vitales referentes a las áreas de Familia, Hijos y Salud relacionados principalmente con problemas en la educación de los hijos y con familiares o vecinos, mientras que el grupo sin depresión reportó más eventos en las áreas de Miscelánea y Salud como fiesta de Navidad y Reyes y Cambio en el apetito, por lo que se considera que los eventos reportados por ambos grupos sí difieren cualitativamente, ya que los depresivos experimentan más eventos relacionados a pérdidas o dificultades que los no depresivos, lo que coincide con lo reportado por Billings *et al* (1983) quienes señalan que los depresivos reportan eventos estresantes en las áreas de Salud, Familia y Hogar, a diferencia de los no depresivos. Asimismo, al realizar el análisis de eventos vitales por área se encontraron diferencias en los eventos reportados en el rubro de Matrimonio.

Es importante tener presente que las características sociodemográficas como el estado civil y la ocupación están muy relacionadas con el tipo de estresores a los que se enfrenta una persona, lo cual se confirma con los resultados de la presente investigación donde se observó que el grupo con depresión, siendo en su mayoría casados, reportan más eventos vitales relacionados con los hijos y la familia.

Al contemplar que cada individuo evalúa de manera diferente los eventos a los que se enfrenta, y que esta evaluación puede ser influida por el tipo de estresor, el contexto socioambiental, el estado de ánimo, la percepción de control, etc., y que depende del sujeto determinar qué eventos son positivos o negativos, deseables o indeseables, en la presente investigación los eventos vitales se agruparon en diversas áreas afines para identificar en qué categorías son más frecuentes los eventos vitales reportados por los dos grupos.

Es necesario mencionar que aún cuando existen diferentes escalas que clasifican a los eventos vitales por tipo, cronicidad y grado de ajuste psicológico, pocas investigaciones como la de Dornhewend *et al* (1978) se enfocan en forma global a identificar las áreas en las que se presentan los eventos vitales y su relación con el estilo de vida de cada individuo.

El poder identificar las distintas áreas en las que se presentan con mayor frecuencia los

---

eventos vitales a los que se enfrentan los individuos con depresión permite tener una visión más amplia acerca de las posibles alternativas de tratamiento de la depresión, considerando tanto las características del individuo como de su entorno

Es conveniente referir que aún cuando los sujetos pueden presentar diferentes eventos vitales durante el transcurso de su vida, existen diversos estresores diarios con los que está en continuo contacto, tales como el ruido, el tráfico, los problemas conyugales, etc. Un elemento importante a destacar es el hecho de que en diversas investigaciones como la de Kanner *et al* (1981) se ha encontrado que el efecto de los eventos vitales puede estar influido por la acumulación de los distintos estresores diarios a los que se enfrenta una persona, por lo que se recomienda que se evalúe con mayor énfasis el papel de estos estresores en el inicio y mantenimiento de la depresión, así como en otras enfermedades (hipertensión, dolor crónico, úlceras, diabetes, etc.)

Por otro lado, al comparar los niveles de depresión con la frecuencia de eventos vitales reportados y con el número de eventos vitales identificados como molestos por el grupo con depresión, no se encontró una diferencia significativa en los distintos niveles de depresión (leve, moderada y severa) lo que indica que no necesariamente una persona con mayores niveles de depresión se enfrenta a más eventos vitales. Es importante mencionar que aún cuando se encontraron diferencias entre los niveles de depresión, éstos no se consideran comparables porque no hubo el mismo número de sujetos en cada nivel, por tal motivo, no se cuenta con los elementos suficientes para aceptar o rechazar la hipótesis de que a mayores niveles de depresión se reportarán mayor número de eventos vitales.

De esta manera se recomienda que en posteriores investigaciones se considere una muestra más amplia con el mismo número de sujetos en cada nivel para poder establecer comparaciones entre ellos, con resultados más significativos.

Aún cuando no se consideró dentro de los planteamientos de la presente investigación se encontró que el grupo con depresión reportó puntajes de Unidades de Cambio Vital (U.C.V.) lo que lo ubica en población de Alto Riesgo de padecer enfermedades, a diferencia del grupo sin depresión. Esto confirma lo reportado por Warheit (1979) quien refiere que altos puntajes en escalas de eventos vitales están relacionados con una mayor sintomatología depresiva, aunque no se puede establecer

---

una relación causal entre la presencia de eventos vitales y la depresión (Andrews *et al.*, 1978), sin embargo este hecho permite identificar la necesidad de crear programas de intervención en el área preventiva en donde se contemplen los estresores a los que se enfrentan las personas, y las herramientas cognitivas y conductuales que utilizan para enfrentarlos

Con respecto a la hipótesis de que los individuos con depresión utilizarán con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción ante eventos vitales que los individuos sin depresión, se encontró que los sujetos deprimidos utilizan más las estrategias de Soporte Social y Autocontrol, la cual es una estrategia dirigida a la emoción, usando menos la de Resolución de Problemas que está enfocada al problema. Asimismo, el grupo sin depresión utiliza más la de Resolución de Problemas y menos la de Escape-Evitación (dirigida a la emoción), por lo que la hipótesis es aceptada.

Esto a su vez fue confirmado por medio de una prueba no paramétrica en la cual se comprueba que el grupo con depresión utiliza más la estrategia de Escape-Evitación mientras que el grupo sin depresión utiliza más la de Resolución de Problemas y Reevaluación Positiva. Esto coincide con lo reportado por Folkman y Lazarus (1986) quienes sugieren que existe una diferencia importante en la manera como afrontan las personas depresivas y las no depresivas, encontrando que los depresivos usan más las estrategias de Soporte Social (dirigida a la emoción y al problema) y Escape-Evitación, dirigida a la emoción.

El hecho de que los sujetos depresivos utilicen más estrategias enfocadas a la emoción ante los diversos eventos estresantes a los que se enfrentan, refiere que tienden a evaluar la situación como que no se puede hacer nada para modificarla, por lo que tienden a evitar el problema, buscan apoyo en otras personas o información adicional para afrontar la situación. Esto sugiere que las personas deprimidas presentan mayor dificultad en la toma de decisiones, lo que los lleva a tener sentimientos de ineficiencia, incapacidad, poco control, etc., lo cual contribuye al mantenimiento o incremento de la sintomatología depresiva.

Por otro lado, también es conveniente que se tenga en consideración que en el grupo con depresión hubo un predominio de escolaridad de secundaria, a diferencia del grupo sin depresión cuya mayoría tenían licenciatura. Este aspecto también puede influir en la manera como perciben

---

y afrontan los distintos eventos. Por tal motivo se recomienda que en próximas investigaciones se efectúe un análisis más detallado acerca de la relación entre el nivel de escolaridad y el empleo de ciertas estrategias de afrontamiento.

A su vez, los hallazgos permitieron aceptar la hipótesis de que a mayores niveles de depresión los sujetos utilizarán con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento ante eventos vitales dirigidas a la emoción, ya que al comparar los niveles de depresión y el uso de las estrategias de afrontamiento en el grupo con depresión se encontró que los sujetos con *depresión leve* usan más estrategias dirigidas al problema (Resolución de Problemas) mientras que los sujetos con *depresión severa* usan más estrategias dirigidas a la emoción, tal es el caso de la estrategia de Escape-Evitación. Esto se reafirma con un análisis de correlación, en el cual se encontró que a mayores niveles de depresión los sujetos con depresión utilizan más la estrategia de Escape de Evitación usando menos la de Resolución de Problemas y Reevaluación Positiva. Esto coincide con lo reportado por Folkman y Lazarus (1986) quienes mencionan que los sujetos con mayores niveles de depresión tenderán a usar más estrategias enfocadas a la emoción y con lo planteado por Billings y Moos (1984) acerca de que los estilos de afrontamiento de Solución de Problemas y Regulación Afectiva están asociados con una depresión menos severa, mientras que el estilo de Escape está vinculado con una depresión mayor.

Si bien es cierto que las hipótesis son aceptadas, es conveniente referir que de las ocho estrategias sólo dos (Escape-Evitación y Resolución de Problemas) son las que presentan mayor representatividad en cuanto a su uso. Por tal motivo sería importante referir la necesidad de estudiar de manera aislada, cada una de las estrategias de afrontamiento que puede adoptar un individuo en un momento determinado.

Las diferencias entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por ambos grupos puede deberse a que los eventos vitales difieren cualitativamente.

Con respecto a la identificación de la relación entre la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento empleadas es necesario que se esté consciente acerca de la importancia de realizar más estudios sobre la relevancia de la evaluación cognitiva del individuo ante los estresores (tipo de evento, deseo, grado de amenaza) y ante los propios recursos que tiene para enfrentarlos. Esto

---

sin dejar de lado que los problemas de los depresivos no están solamente basados en sus cogniciones, sino en su transacción con el medio ambiente. De ahí que sea imprescindible un abordaje multifactorial del problema en la búsqueda de las mejores alternativas de tratamiento.

Lo que se concluye que aún cuando hay diferencia en los eventos vitales reportados por sujetos con depresión y sin depresión, los depresivos consideran los eventos como más molestos y tienden a evitarlos con mayor frecuencia, buscando más del apoyo social de otras personas.

Además de que la severidad de la depresión no sólo está influida por la presencia de eventos vitales sino por la eficacia de las estrategias de afrontamiento utilizadas ante los mismos.

Dentro de las limitantes del presente trabajo encontramos que el tamaño de la muestra es muy pequeño, lo que impide que los datos puedan generalizarse. Asimismo, el número de sujetos en cada nivel de depresión no fue el mismo, lo que no permitió efectuar comparaciones entre ellos y a que los resultados no tuvieran la significancia requerida.

Otro problema metodológico es la existencia de reactivos en la Escala de Eventos Vitales que pueden confundirse con algunos síntomas depresivos, tal es el caso de los reactivos "Cambio en el ritmo del sueño" y "Cambio de apetito o de costumbres alimentarias". Por tal motivo se considera pertinente que además se empleen otros instrumentos que permitan evaluar los diferentes estresores que presentan las personas deprimidas, o bien, eliminar los eventos que se asemejan a síntomas y pueden presentar confusión en su significado (Dohrenwend, B. S., Dohrenwend, B. P., Dodson y Shrout, 1984).

Asimismo, es importante destacar que los instrumentos utilizados en la presente investigación aún cuando se emplean con frecuencia en la consulta psicológica, no están validados en población mexicana por lo que resulta necesaria su validación. Sin dejar de mencionar que el Inventario de Depresión de Beck (1961) es uno de los instrumentos más ampliamente utilizado, con un alto grado de validez.

Si bien es cierto que el trabajo presenta dichas limitantes, también presenta alcances importantes en esta línea de investigación, tal es el caso de utilizar dos grupos altamente comparables en las características demográficas de sexo y edad, lo que permitió aparear a los sujetos y hacer más significativo el nivel de comparación. Permite identificar las áreas en las que más se

---

---

presentan los eventos vitales, lo cual está relacionado con el estilo de vida de la persona y destaca la importancia del uso adecuado de las estrategias de afrontamiento para disminuir o mantener la depresión.

Por último, debe destacarse el hecho de que la presente investigación abre la posibilidad de seguir efectuando estudios relacionados con el área, tal es el caso de 1) comparar los eventos vitales y las contrariedades diarias a los que se enfrenta una persona depresiva para determinar qué estresores están más relacionados con la presencia de depresión; 2) la necesidad de investigar acerca de las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la depresión y ver su vínculo con posibles tratamientos y 3) estudiar los distintos moderadores cognitivos que entran en juego en la relación estresores-afrontamiento-depresión.

---

## REFERENCIAS

- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. y Vaillant, G.** (1978) Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166 (5), 397-316.
- Aneshensel, C. S. y Stone, J. D.** (1982) Stress and depression, *Archives of General Psychiatry*, 39, 1392-1396
- Arieti, S. y Bemporad, J.** (1981) *Psicoterapia de la depresión*, Paidós, Barcelona
- Barracough, G. y Binet, L.** (1982) Coping behaviors that mediate between life events and depression, *Archives of General Psychiatry*, 39, 1386-1391
- Beck, A. T., Ward, C. M., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J.** (1961) An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63
- Billings, A. G. y Moos, R. H.** (1980) The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events, *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (2), 139-157
- Billings, A. G., Cronkite, R. C. y Moos, R. H.** (1983) Social-environmental factors in unipolar depression: comparisons of depressed patients and nondepressed controls, *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (2), 119-133
- Billings, A. G. y Moos, R. H.** (1984) Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 877-891
- Breslau, N., y Davis, G.** (1986) Chronic stress and major depression, *Archives of General Psychiatry*, 43, 309-314
- Calderón, G.** (1990) *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*, Trillas, México
- Carolyne, M. A.** (1994) *Stress, coping and development*, The Guilford press, New York, London.
- Cochran, S. D. y Hammen, C. L.** (1985) Perceptions of stressful life events and depression: a test of attributional models, *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, (6), 1562-1571
- Cohen, F. y Lazarus, R. S.** (1983) Coping und adaptation and health and illness, En D. Mechanic (Ed): *Handbook of Health Care, and the Health Professions*, Nueva York, The Free Press.

- 
- 
- Coyne, J., Aldwin, C y Lazarus, R. S.** (1981) Depression and coping in stressful episodes, *Journal of Abnormal Psychology*, 90 (5), 439-447
- Curry, J. F., Miller, Y., Waugh, S. y Anderson, W. B.** (1992) Coping responses in depressed, socially maladjusted, and suicidal adolescents, *Psychological Reports*, 71, 80-82
- De la Fuente, R.** (1992) *Psicología médica*, Fondo de Cultura Económica, México
- Dohrenwend, B. S., Krasnoff, I., Askenasy, A. R y Dohrenwend, B. P.** (1978) Exemplification of a method for scaling life events: the Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale (PERI), *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 205-229.
- Dohrenwend, B. S., Dohrenwend, B. P., Dodson, M. y Shroat, P. E.** (1984) Symptoms, hassles, social supports, and life events: problem of confounded measures, *Journal of Abnormal Psychology*, 93 (2), 222-230
- DSM-IV** (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Masson, American Psychiatric, España
- Ellis, A. y Grieger, R.** (1981) *Manual de terapia racional emotiva*, DDB, Bilbao
- Folkman, S. y Lazarus, R. S.** (1986) Stress processes and depressive symptomatology, *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (2), 107-113.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. y DeLoings, A.** (1986) Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 571-579.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S. y Novarek, J.** (1987) Age differences in stress and coping processes, *Psychology and Aging*, 2 (2), 171-184.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S.** (1988) *Ways of coping. Questionnaire manual*, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California.
- Gong-Guy, E. y Hammen, C.** (1980) Causal perceptions of stressful events in depressed and nondepressed outpatients, *Journal of Abnormal Psychology*, 89 (5), 662-669.
- González de Rivera J. L. y Morera, A.** (1983) La valoración de sucesos vitales. Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe, *Psiquis*, 1, 20-25.
- Hammen, C., Krantz, S. E. y Cochran, S. D.** (1981) Relationships between depression and causal attributions about stressful life events, *Cognitive Therapy and Research*, 5 (4), 351-358.

- 
- Hammen, C. y Mayol, A. (1982)** Depression and cognitive characteristics of stressful life event types, *Journal of Abnormal Psychology*, 91 (3), 165-174
- Hammen, C., Davila, J., Brown, G., Ellicott, A. y Gitlin, M. (1992)** Psychiatric history and stressors: predictors of severity of unipolar depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (1), 45-52
- Hollon, S. D. y Beck, A. (1979)** Cognitive therapy of depression, En: Kendall, P. C. y Hollon, S. D. (Eds), *Cognitive Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures*. N. Y. Academic Press.
- Holmes, T. y Rahe, R. (1967)** The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218
- Hoffed, F. W. (1977)** Current social stressors and symptoms of depression, *American Journal of Psychiatry*, 134 (2), 161-166
- James, A. (1981)** *Depresión y existencia humana*, Salvat, España
- Kanner, A., Coyne, J., Schaefer, C. y Lazarus, R. (1981)** Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events, *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 1-39
- Kerlinger, F. N. (1986)** *Investigación del comportamiento*, Interamericana, México.
- Latorre, P. J. y Benetti, M. P. (1994)** *Psicología de la salud*, Lumen, Argentina
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984)** *Estrés y procesos cognitivos*, Roca, México.
- Lewinsohn, D. M., Antonosio, D., Steinmetz, J. L. y Teri, L. (1984)** *The coping with depression course*, Castalia, U.S.A.
- Lloyd, C. (1980)** Life events and depressive disorder reviewed: events as predisposing factors, *Archives of General Psychiatry*, 37, 529-535
- Lloyd, C. (1980)** Life events and depressive disorder reviewed: events as precipitating factors, *Archives of General Psychiatry*, 37, 541-548
- Maes, S., Vingerhoets, A. y Van Heck, G. (1987)** The study of stress and disease: some developments and requirements, *Social Science Medicine*, 25 (6), 567-578.
- Matarazzo, J. D. (1980)** Behavioral health and behavioral medicine. Frontiers for a new health psychology, *American Psychologist*, 35, 807-817

- 
- McNaughton, M. E., Patterson, T. L., Irwin, M. R. y Grant, I.** (1992) The relationship of life adversity, social support, and coping to hospitalization with major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (8), 491-497
- Meichenbaum, D.** (1988) *Manual de modulación de estrés*, Roca, México
- Mendels, J.** (1989) *La depresión*, Herder, Barcelona
- Miller, I. W., Klee, S. M. y Norman, W. H.** (1982) Depressed and nondepressed inpatients' cognitions of hypothetical events, experimental tasks, and stressful life events. *Journal of Abnormal Psychology*, 91 (1), 78-81
- Mrazek, P. J. y Haggerty, R. J.** (1994) *Reducing risk for mental disorders*, National Academy Press, Washington D. C.
- Oatley, K.** (1988) Life events, social cognition and depression. *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*, Edited by S. Fisher and J. Reason, John Wiley & Sons Ltd, U.S.A.
- Ormel, J. y Sanderman, R.** (1989) Life events, personal control and depression. *Stress, Personal Control and Health*, Edited by A. Steptoe and A. Appels, John Wiley & sons Ltd, U.S.A.
- Parker, G., Brown, L. y Blignault, I.** (1986) Coping behaviors as predictors of the course of clinical depression. *Archives of General Psychiatry*, 43, 561-565
- Patterson, T. L., Smith, I. W. y Grant, I.** (1990) Internal vs external determinants of coping responses to stressful life events in the elderly. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 149-160
- Paykel, E. S. y Dowlatshahi, D.** (1988) Life events and mental disorder. *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*, Edited by S. Fisher and J. Reason, John Wiley & Sons Ltd, U.S.A.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A. y Uhlenhuth, E. H.** (1971) Scaling of the life events. *Archives of General Psychiatry*, 25, 340-347
- Platas, M. E.** (1993) *Modos de afrontamiento en sujetos que padecen cefalea crónica*, FES-Z, México
- Polaino-Lorente, A.** (1985) *La depresión*, Martínez Roca, España.
- Ramos, B.** (1989) *Comparación de dos índices de depresión entre dos poblaciones: una con dolor de cabeza crónico y una sin dolor*, ENEP-Z, México.

- 
- Redfield, J. y Stone, A.** (1979) Individual viewpoints of stressful life events, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (1), 147-154.
- Ribes, E.** (1989) *Psicología de la salud*, Trillas, México
- Rodríguez de San Miguel, J. L.** (1992) *Depresión e ideas irracionales encefálicas*. FIES-Z, México, D. F.
- Sarafino, E. P.** (1990) *Health psychology: biopsychosocial interactions*, New York: Wiley.
- Sarason I. y Sarason B.** (1990) *Psicología anormal*, Trillas, México.
- Siegel, S.** (1975) *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias sociales*, Trillas, México.
- Smith, C. A.** (1991) The self, appraisal, and coping. *Handbook of Social and Clinical Psychology*. Edited by Snyder, C. R. and Forsyth, D. R. Paramont, U.S.A.
- Tennant, C., Bebbington, P y Hurry, J.** (1981) The role of life events in depressive illness: is there a substantial causal relation?, *Psychological Medicine*, 11, 379-389
- Valdés, M. y Flores, T.** (1985) *Psicobiología del estrés*, Martínez Roca, Barcelona.
- Vallejo, J. y Gastó, C.** (1990) *Trastornos del afecto, ansiedad y depresión*, Salvat, España.
- Warheit, G. J.** (1979) Life events, coping, stress, and depressive symptomatology, *American Journal of Psychiatry*, 1361, 502-506.
- Zinser, O.** (1992) *Psicología experimental*, Interamericana, México.

---

## **ANEXOS**

---

## ANEXO I

### ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Fecha: \_\_\_\_\_

- 1.- Edad:
- 2.- Sexo:
- 3.- Escolaridad:
- 4.- Estado civil:
- 5.- Ocupación:
- 6.- ¿Presenta alguna enfermedad física?  
¿Cuál?
- 7.- ¿Presenta dolor de cabeza, espalda, o de algún otro tipo?
- 8.- ¿Está recibiendo algún tipo de tratamiento médico?  
¿De qué tipo?  
¿Por qué circunstancia?
- 9.- ¿Actualmente ingiere algún tipo de medicamento?  
¿Para qué?  
¿Con qué frecuencia y dosis?
- 10.- ¿Ha estado o está bajo tratamiento psiquiátrico?
- 11.- ¿Está bajo tratamiento psicológico?  
¿Por qué causa?  
¿A partir de cuando?
- 12.- ¿Cuál es la principal causa de problemas familiares?
  - a) Dinero
  - b) Niños
  - c) Parientes
  - d) Situación de trabajo
  - e) Diferencias personales
  - f) Problemas sexuales
  - g) Familiares enfermos
  - h) Religión
- 13.- En un tiempo aproximado de 6 meses, ha fallecido algún familiar o persona cercana?

---

## ANEXO 2

FECHA: \_\_\_\_\_

PUNTUACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y COLS

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de depresión. Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

---

#### A. ESTADO DE ANIMO

- 0. No me siento triste
- 1. Me siento triste o melancólico
- 2a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 2b. Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso
- 3. Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo

---

#### B. PESIMISMO

- 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro
- 1. Me siento desalentado con respecto al futuro
- 2a. Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro
- 2b. Siento que nunca podré salir de mis problemas
- 3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar

---

#### C. SENTIMIENTO DE FRACASO

- 0. No me siento fracasado
- 1. Siento que he fracasado más que la persona promedio
- 2a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
- 2b. Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, sólo encuentro una serie de fracasos
- 3. Siento que soy un completo fracasado como persona

---

#### D. FALTA DE SATISFACCION

- 0. No estoy particularmente insatisfecho
- 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
- 1b. No disfruto las cosas en la misma forma que antes
- 2. Nunca volveré a obtener satisfacción alguna
- 3. Estoy insatisfecho de todo

---

---

#### E. SENTIMIENTO DE CULPA

- 0. No me siento particularmente culpable
- 1. Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo
- 2a. Me siento bastante culpable
- 2b. Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo
- 3. Me siento como si fuera muy malo o despreciable

---

#### F. SENTIMIENTO DE CASTIGO

- 0. No siento que esté siendo castigado
- 1. Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme
- 2. Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado
- 3a. Siento que merezco ser castigado
- 3b. Quiero ser castigado

---

#### G. ODIOS A SI MISMO

- 0. No me siento desilusionado de mí mismo
- 1a. Me siento desilusionado de mí mismo
- 1b. No me gusta a mí mismo
- 2. Estoy disgustado conmigo mismo
- 3. Me odio a mí mismo

---

#### H. AUTOACUSACIONES

- 0. No siento que yo sea peor que las demás personas
- 1. Me critico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores
- 2a. Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal
- 2b. Siento que tengo muchos defectos
- 3. Siento que no sirvo para nada

---

#### I. DESEOS AUTOPUNITIVOS

- 0. No tengo ninguna intención de dañarme
- 1. He pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo
- 2a. Pienso que estaría mejor muerto
- 2b. Tengo planes definidos para cometer suicidio
- 2c. Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera
- 3. Me mataría a mí mismo si pudiera

---

#### J. BROTOS DE LLANTO

- 0. No lloro más que lo usual
- 1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba
- 2. Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme
- 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo aunque quiera

---

#### K. IRRITABILIDAD

- 0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho
- 1. Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes
- 2. Me siento irritado todo el tiempo
- 3. Las cosas que usualmente me irritan ya no consiguen hacerlo ahora

---

#### L. AISLAMIENTO SOCIAL.

0. No he perdido interés en otras personas
1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual
2. He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que suceda
3. He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase

---

#### M. INDECISION

0. Tomo decisiones tan bien como antes
1. Estoy menos seguro de mi mismo y trato de evitar tomar decisiones
2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
3. En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión

---

#### N. IMAGEN CORPORAL.

0. No siento que me vea peor ahora que antes
1. Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo
3. Siento que soy feo o repulsivo a la vista

---

#### O. INHIBICION DEL TRABAJO

0. Puedo trabajar tan bien como antes
- 1a. Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo
- 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba
2. Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo
3. De plano no puedo hacer nada

---

#### P. PERTURBACIONES DEL SUEÑO

0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ahora despierto más cansado que antes
2. Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir
3. No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente

---

#### Q. FATIGABILIDAD

0. No me canso más que lo usual
1. Me canso más fácilmente que antes
2. Me cansa hacer algo
3. Estoy muy cansado para hacer algo

---

#### R. PERDIDA DE APETITO

0. Mi apetito no es peor que lo usual
1. Mi apetito no es tan bueno como antes
2. Mi apetito es mucho peor ahora
3. No tengo apetito de nada

---

**S. PERDIDA DE PESO**

- 0. No he perdido mucho peso o ninguno últimamente
- 1. He perdido más de tres kilos
- 2. He perdido más de cinco kilos
- 3. He perdido más de siete kilos

---

**T. PREOCUPACION SOMATICA**

- 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual
- 1. Me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable
- 2. Estoy tan preocupado por cómo o qué siento que no puedo hacer nada
- 3. Estoy completamente absorto en lo que siento

---

**U. PERDIDA DE LA LIBIDO**

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1. Estoy menos interesado en el sexo ahora
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3. He perdido el interés en el sexo por completo

## ANÁLISIS MULTIMODAL DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre: \_\_\_\_\_  
 No. de Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Terapeuta: \_\_\_\_\_

REACTIVO	MODALIDAD	PUNTAJE	CONTENIDO
A. Estado de Animo	Afecto		
B. Pesimismo	Cognición		
C. Sentimiento de Fracaso	Cognición		
D. Falta de Satisfacción	Afecto		
E. Sentimiento de Culpa	Cognición		
F. Sentimiento de Castigo	Cognición		
G. Odio a sí mismo	Afecto		
H. Autoacusaciones	Cognición		
I. Descos Autopunitivos	Cognición		
J. Brotes de Llanto	Conducta		
K. Irritabilidad	Afecto		
L. Aislamiento Social	Relaciones Interpersonales		
M. Indecisión	Cognición		
N. Imagen Corporal	Cognición		
O. Inhibición del Trabajo	Conducta		
P. Perturbación del Sueño	Drogas		
Q. Fatigabilidad	Sensaciones		
R. Pérdida de Apetito	Drogas		
S. Pérdida de Peso	Drogas		
T. Preocupación Somática	Cognición		
U. Pérdida de Líbido	Drogas		
P.T. _____			

## ANEXO 3

### ESCALA DE EVENTOS VITALES

**Instrucciones:** De la lista que se presenta a continuación, marque con una X los números de la izquierda si usted vivió la situación que se describe en los últimos doce meses, y tache, de los números de la derecha, el que corresponda para indicar la molestia que ese evento representó para usted

Si en los últimos doce meses no ha llegado a vivir alguna de estas situaciones, pase a la siguiente.

1. Ninguna molestia
2. Poca molestia
3. Regular molestia
4. Mucha molestia

1. Muerte del cónyuge.....	1	2	3	4	(92)
2. Separación.....	1	2	3	4	(58)
3. Divorcio.....	1	2	3	4	(50)
4. Matrimonio.....	1	2	3	4	(60)
5. Reconciliación.....	1	2	3	4	(62)
6. Terminación de un noviazgo o de una relación similar.....	1	2	3	4	(50)
7. Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda.....	1	2	3	4	(57)
8. Embarazo deseado.....	1	2	3	4	(67)
9. Embarazo no deseado.....	1	2	3	4	(65)
10. Aborto provocado.....	1	2	3	4	(51)
11. Aborto no deseado.....	1	2	3	4	(71)
12. Relación sexual fuera del matrimonio.....	1	2	3	4	(58)
13. Ruptura de la relación sexual fuera del matrimonio.....	1	2	3	4	(49)
14. Dificultades sexuales.....	1	2	3	4	(67)
15. Dificultades con la educación de los hijos.....	1	2	3	4	(70)
16. Hijos bajo el cuidado de otra(s) persona(s).....	1	2	3	4	(57)
17. Muerte de un familiar cercano.....	1	2	3	4	(73)
18. Enfermedad o agravamiento de un miembro cercano de la familia.....	1	2	3	4	(61)
19. Incorporación de un nuevo miembro a la familia.....	1	2	3	4	(52)
20. Abandono del hogar de un miembro de la familia.....	1	2	3	4	(50)
21. Desintegración familiar (separación de los padres).....	1	2	3	4	(79)
22. Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa.....	1	2	3	4	(40)
23. Desaparición de problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa.....	1	2	3	4	(34)
24. Dejar la casa por un tiempo.....	1	2	3	4	(53)
25. Hijos lejos del hogar.....	1	2	3	4	(68)
26. Quedarse sin trabajo.....	1	2	3	4	(82)
27. Jubilación.....	1	2	3	4	(58)
28. Despido del trabajo.....	1	2	3	4	(81)

29. Cambio de trabajo.....	1	2	3	4	(42)
30. El cónyuge comienza o deja de trabajar fuera de la casa.....	1	2	3	4	(47)
31. Ascenso en el trabajo.....	1	2	3	4	(57)
32. Problemas con los superiores en el trabajo.....	1	2	3	4	(55)
33. Nuevo empleo en el mismo tipo de trabajo.....	1	2	3	4	(42)
34. Nuevo empleo en otro tipo de trabajo.....	1	2	3	4	(52)
35. Cambio de horario en el trabajo.....	1	2	3	4	(37)
36. Problemas con colegas o compañeros de trabajo.....	1	2	3	4	(46)
37. Préstamo o hipoteca de más de 10 mil pesos.....	1	2	3	4	(67)
38. Aumento de ingresos (más de 25%).....	1	2	3	4	(48)
39. Reducción sustancial de ingresos (25%).....	1	2	3	4	(61)
40. Problemas legales que pudieran terminar en encarcelamiento.....	1	2	3	4	(84)
41. Problema legal menor (multas, borracheras).....	1	2	3	4	(47)
42. Complicación en una pelea.....	1	2	3	4	(52)
43. Enfermedad o accidente que requiere guardar cama.....	1	2	3	4	(66)
44. Muerte de un amigo.....	1	2	3	4	(68)
45. Cambio de casa.....	1	2	3	4	(37)
46. Compra de casa.....	1	2	3	4	(51)
47. Accidente o situación de violencia física.....	1	2	3	4	( )
48. Éxito personal muy grande.....	1	2	3	4	( )
49. Exámenes.....	1	2	3	4	( )
50. Cambios en la casa.....	1	2	3	4	( )
51. Cambios en las costumbres personales (diversiones, vestido, estilo de vida, etc).....	1	2	3	4	(40)
52. Cambio en opiniones religiosas.....	1	2	3	4	(37)
53. Cambios en opiniones políticas.....	1	2	3	4	(52)
54. Cambios en costumbres sociales.....	1	2	3	4	(34)
55. Cambio en el ritmo del sueño.....	1	2	3	4	(43)
56. Cambio de apetito o de costumbres alimenticias.....	1	2	3	4	(39)
57. Vacaciones fuera de casa.....	1	2	3	4	(48)
58. Fiesta de navidad y reyes.....	1	2	3	4	(51)
59. Problemas relacionados con el alcohol o las drogas.....	1	2	3	4	(71)
60. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico.....	1	2	3	4	(73)
61. Deterioro repentino en la vista o el oído.....	1	2	3	4	(81)
Grupo 1 Alto Riesgo:	Más de 300 UCV				
Grupo 2 Riesgo Moderado:	200 a 299 UCV				
Grupo 3 Bajo Riesgo:	140 a 199 UCV				

Nota: Para los reactivos 47, 48, 49 y 50 se le pedirá al paciente que califique este evento en una escala de 0 a 100 Unidades de Cambio Vital

---

## ANEXO 4

### INVENTARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO

Lea por favor cada una de las oraciones que se indican a continuación y tache el número que mejor describa su situación de acuerdo a la siguiente escala

- 0- No, de ninguna manera  
1- En alguna medida  
2- Generalmente, usualmente  
3- Siempre, en gran medida

1.	Me concentro exclusivamente en lo que tengo que hacer a continuación.	0	1	2	3
2.	Intento analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3.	Me concentro en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4.	Pienso que el tiempo cambiará las cosas y que todo lo que tengo que hacer es esperar.	0	1	2	3
5.	Me comprometo o me propongo obtener algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6.	Hago cualquier cosa y pienso que al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7.	Intento encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8.	Hablo con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9.	Me critico o me sermoneo a mí mismo.	0	1	2	3
10.	No agoto mis posibilidades de solución en un mismo instante sino que reservo alguna otra alternativa abierta.	0	1	2	3
11.	Confío en que ocurra un milagro.	0	1	2	3
12.	Signo adelante con mi destino pues sólo algunas veces tengo mala suerte.	0	1	2	3
13.	Signo adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3

14.	Guardo solo para mi mis sentimientos	0	1	2	3
15.	Busco alguna minima esperanza, viendo las cosas por su lado bueno	0	1	2	3
16.	Duermo mas de lo que acostumbro	0	1	2	3
17.	Manifiesto mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema	0	1	2	3
18.	Acepto la simpatia y comprension de alguna persona	0	1	2	3
19.	Me digo a mi mismo cosas que me hacen sentir mejor	0	1	2	3
20.	Me siento inspirado para hacer algo creativo	0	1	2	3
21.	Intento olvidarme de todo	0	1	2	3
22.	Busco la ayuda de un profesional	0	1	2	3
23.	Pienso que los problemas me hacen madurar como persona.	0	1	2	3
24.	Espero a ver lo que sucede antes de hacer algo	0	1	2	3
25.	Me disculpo o hago algo para compensar	0	1	2	3
26.	Desarrollo un plan de accion y lo sigo	0	1	2	3
27.	Considero y acepto una segunda posibilidad mejor, despues de la que yo queria	0	1	2	3
28.	De algun modo expreso mis sentimientos	0	1	2	3
29.	Me doy cuenta de que soy la causa del problema	0	1	2	3
30.	Salgo mejor de la situacion de como empecé.	0	1	2	3
31.	Hablo con alguien que puede hacer algo por mi problema.	0	1	2	3
32.	Me alejo del problema por un tiempo; intento descansar o distraerme.	0	1	2	3
33.	Intento sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos	0	1	2	3
34.	Tomo una decision importante o algo muy arriesgado.	0	1	2	3

35.	Intento no actuar demasiado aprisa o dejarme llevar por un primer impulso	0	1	2	3
36.	Tengo fe en algo nuevo	0	1	2	3
37.	Mantengo mi orgullo y pongo al mal tiempo buena cara	0	1	2	3
38.	Redescubro lo que es importante en la vida	0	1	2	3
39.	Hago cambios para que las cosas salgan mejor	0	1	2	3
40.	Evito estar con gente en general	0	1	2	3
41.	No dejo que el problema me venza, rehuso pensar mucho tiempo en el problema.	0	1	2	3
42.	Pregunto su opinión a un pariente o amigo y respeto su consejo	0	1	2	3
43.	Oculto a los demás lo mal que me va	0	1	2	3
44.	No tomo en serio la situación y me niego a hacerlo	0	1	2	3
45.	Le platico a alguien como me siento	0	1	2	3
46.	Me mantengo firme y peleo por lo que quiero	0	1	2	3
47.	Me desquito con los demás	0	1	2	3
48.	Recuro a experiencias pasadas, ya antes me había encontrado en una situación similar	0	1	2	3
49.	Se lo que tengo que hacer y redoblo mis esfuerzos para conseguir que las cosas marchen mejor	0	1	2	3
50.	Me niego a creer lo que ha ocurrido	0	1	2	3
51.	Me prometo a mí mismo que las cosas serán distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52.	Propongo un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53.	Acepto la situación pues yo no puedo hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54.	Intento que mis sentimientos no interfieran demasiado con otras cosas	0	1	2	3

55.	Deseo poder cambiar lo que esta ocurriendo o la forma como me siento	0	1	2	3
56.	Cambio algo de mi	0	1	2	3
57.	Sueño o me imagino otro tiempo u otro lugar mejor que el presente	0	1	2	3
58.	Deseo que la situacion se desvanezca o termine de algun modo	0	1	2	3
59.	Fantaseo o imagino el modo en que podrian cambiar las cosas	0	1	2	3
60.	Rezo alguna oración	0	1	2	3
61.	Me preparo para lo peor	0	1	2	3
62.	Repaso mentalmente lo que hare o dire	0	1	2	3
63.	Pienso como dominaria la situacion a quien admiro y la tomo como modelo	0	1	2	3
64.	Intento ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona	0	1	2	3
65.	Me digo a mi mismo que las cosas podrian ser peor.	0	1	2	3
66.	Realizo algún ejercicio	0	1	2	3
67.	Intento algo distinto de todo lo anterior (describalo).	0	1	2	3

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO  
HOJA DE CALIFICACION**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Dx \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Estilo de Afrontamiento	Reactivo/Calificación	Bruto	Promedio	Relativo (%)
A. Confrontativo	6' 7' 17' 28' 34' 46'			
B. Distanciamiento	12' 13' 15' 21' 41' 44'			
C. Auto-control	10' 14' 35' 43' 54' 62' 63'			
D. Soporte Social	8' 18' 22' 31' 42' 45'			
E. Responsabilidad	9' 25' 29' 51'			
F. Escape-Evitación	11' 16' 33' 40' 47' 50' 58' 59'			
G. Resolución de Problemas	1' 26' 39' 48' 49' 52'			
H. Reevaluación Positiva	20' 23' 30' 36' 38' 56' 60'			
		Total		

COMENTARIOS \_\_\_\_\_

CALIFICACION \_\_\_\_\_

- 1) Puntaje Bruto: Suma de las calificaciones de los ítems correspondientes a cada modo de afrontamiento
- 2) Promedio: Puntaje Bruto entre el número de ítems
- 3) Puntaje Relativo: Dividir el promedio de cada tipo de afrontamiento entre la suma total de los promedios y multiplicar por 100