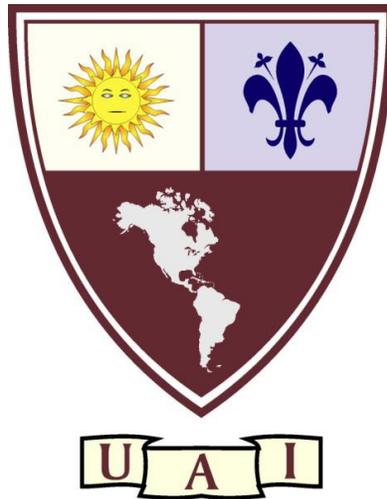


UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS



TESIS DE GRADO

“SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO
EN UNA POBLACIÓN RURAL Y UNA POBLACIÓN URBANA”

Tesista: Claudia Vanesa Sachetti

Legajo: 4326

Sede: Berazategui

Turno: Mañana

Directora: Prof. Lic. Paula Grasso Imig

AGOSTO de 2019

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a mi familia, a Diego mi marido, ya que fue él quien me impulsó a tomar la decisión de transitar este camino, quien me acompañó y apoyó en todo momento.

A mi hija Dolores, gracias mi amor por tu comprensión y paciencia.

A la licenciada Paula mi tutora, a quien conocí como profesora y me motivó a ir siempre por más.

A Cristina la bibliotecaria de sede Berazategui siempre tan cálida y dispuesta a colaborar con mis pedidos y demandas.

A la licenciada Soledad, quien fue de gran ayuda en todo este proceso.

Y por último a todos los que de alguna forma u otra fueron parte de mi paso por la facultad.

Eternamente agradecida a todos ellos.

Resumen

En este estudio se analizó la relación existente entre la sintomatología depresiva y las respuestas de afrontamiento, a su vez se compararon estas variables con sujetos que viven en la localidad de Tres Algarrobos y sujetos que habitan en la ciudad de Berazategui; a ambos grupos se les administró el Inventario de Depresión de Beck [BDI], (1978) y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos – CRI (Moos, 1993 adaptación Argentina: Mikulic, 1998), con el fin de responder a las preguntas problemas planteadas en esta investigación, a saber: ¿tendrán las personas que viven en zonas rurales más sintomatología depresiva y menos respuestas de afrontamiento que aquellas personas que viven en zonas urbanas?, ¿existe relación entre las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva?.

De estos interrogantes se obtuvo como resultado que no existen diferencias entre la zona urbana y la zona rural en cuanto a las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva, en cambio sí se evidenció que, tanto los habitantes de la zona rural como los de la zona urbana cuando utilizan respuestas de afrontamiento evitativas, los síntomas depresivos aumentan. A si mismo los ciudadanos Berazateguenses a diferencia de los Tresalgarrobenses cuando realizan acciones conductuales para resolver un hecho estresante los síntomas depresivos disminuyen. Otro dato relevante obtenido fue que los sujetos más jóvenes son los que más sintomatología depresiva presentan.

Palabras claves: zona rural – zona urbana – respuestas de afrontamiento – sintomatología depresiva.

Abstract

The aim of the present study is to analyse the existing relation between depressive symptomatology and coping responses, and to compare these variables from 114 individuals living in Tres Algarrobos rural town against 114 individuals living in Berazategui city. Both groups filled in Beck Depression Inventory and Coping Responses Inventory for adults in order to answer the questions raised by this research: Is there a relationship between coping responses and depressive symptomatology? Do people living in rural areas have more depressive symptoms and fewer coping responses than those who live in urban areas?

The results of this study showed no differences in coping strategies and depressive symptomatology between rural and urban areas. However it did reflected that rural area inhabitants use avoidance coping responses, increasing depressive symptoms. On the other hand, urban area inhabitants use coping responses directed to solve stressful experiences, decreasing depressive symptoms. Furthermore, another observed significant fact was that youngest subjects were the ones with higher depressive symptomatology.

Keywords: rural area, urban area, coping responses, depressive symptomatology

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
ÍNDICE GENERAL.....	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	7
ÍNDICE DE TABLAS.....	8
CAPÍTULO I.....	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 Introducción.....	11
1.2 Justificación del estudio.....	12
1.2.1 Teórica.....	12
1.2.2 Práctica.....	13
1.2.3 Social.....	13
CAPÍTULO II.....	14
2. ESTADO DEL ARTE.....	15
2.1 Antecedentes sobre sintomatología depresiva.....	15
2.2 Antecedentes sobre afrontamiento.....	17
2.3 Antecedentes sobre la relación entre Sintomatología depresiva y Afrontamiento.....	19
CAPÍTULO III.....	22
3. MARCO TEÓRICO.....	23
3.1 Conceptualización de zona rural.....	23

3.2	Conceptualización de zona urbana.....	27
3.3	Conceptualización de respuestas de afrontamiento.....	31
3.4	Conceptualización de sintomatología depresiva.....	38
CAPÍTULO IV.....		45
4.	METODOLOGÍA.....	46
4.1	Objetivos.....	46
4.1.1	General.....	46
4.1.2	Específicos.....	46
4.2	Hipótesis.....	46
4.3	Diseño de investigación.....	47
4.4	Participantes.....	47
4.5	Instrumentos.....	48
4.6	Procedimiento.....	51
4.7	Análisis de datos.....	51
CAPÍTULO V.....		53
5.	RESULTADOS.....	54
5.1	Descripción de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva según la zona donde viven.....	54
5.2	Análisis de las distintas respuestas de afrontamiento y su correlación con la sintomatología depresiva.....	57
5.3	Análisis de las distintas respuestas de afrontamiento y su correlación con la sintomatología depresiva diferenciando la zona en la que viven.....	58
5.4	Comparación de las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva en individuos que viven en zonas rurales y zonas urbanas.....	59
5.5	Comparación de la sintomatología depresiva y las respuestas de afrontamiento en	

función de su sexo, edad y entre las personas que viajaron o no dentro y fuera del país en el último año.....	60
5.6 Comparación de la muestra total según el sexo.....	60
5.7 Comparación según el sexo diferenciando la zona donde viven.....	61
5.8 Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva según la edad.....	62
5.9 Comparación entre personas que viajaron dentro del país en el último año y las que no viajaron según la zona en la que habitan.....	66
5.10 Comparación entre personas que viajaron fuera del país en el último año y las que no viajaron según la zona en la que habitan.....	66
CAPÍTULO VI.....	6
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	69
CAPÍTULO VII.....	75
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
CAPÍTULO VIII.....	83
8. ANEXOS.....	84
Anexo 1 Consentimiento informado.....	84
Anexo 2 Cuestionario socio demográfico.....	86
Anexo 3 Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos – CRI (Moos, 1993 adaptación Argentina: Mikulic, 1998).....	87
Anexo 5 Inventario de Depresión de Beck (1978).....	93

ÍNDICE DE GÁFICO

Gráfico 1. Personas que conforman la muestra.....	48
Gráfico 2. Sintomatología depresiva por rangos.....	57
Gráfico 3. Comparación de las respuestas de afrontamiento según el sexo.....	61

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1. Prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov.....	52
Tabla 2. Medias y desvíos de las dimensiones de afrontamiento y sintomatología depresiva en zona rural.....	55
Tabla 3. Medias y desvíos de las dimensiones de afrontamiento y sintomatología depresiva en zona urbana.....	56
Tabla 4. Relación entre sintomatología depresiva y las dimensiones de afrontamiento.....	58
Tabla 5. Relación entre sintomatología depresiva y las dimensiones de afrontamiento en zona rural.....	59
Tabla 6. Relación entre sintomatología depresiva y las dimensiones de afrontamiento en zona urbana.....	59
Tabla 7. Comparación de sintomatología depresiva y dimensiones de afrontamiento entre zona rural y urbana.....	60
Tabla 8. Comparación del total de la muestra según el sexo.....	61
Tabla 9. Comparación según el sexo en zona rural.....	62
Tabla 10. Comparación según el sexo en zona urbana.....	62
Tabla 11. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 18 a 30 años y personas de 31 a 40 años.....	63
Tabla 12. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 18 a 30 años y personas de 41 a 50 años.....	64

Tabla 13. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 18 a 30 años y personas de 51 a 60 años.....	64
Tabla 14. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 18 a 30 años y personas de 61 a 70 años.....	64
Tabla 15. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 31 a 40 años y personas de 51 a 60 años.....	65
Tabla 16. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 31 a 40 años y personas de 61 a 70 años.....	65
Tabla 17. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 31 a 40 años y personas de 71 a 80 años.....	65
Tabla 18. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 41 a 50 años y personas de 51 a 60 años.....	65
Tabla 19. Comparación entre personas que viajaron dentro del país en el último año y las que no viajaron de zona rural.....	66
Tabla 20. Comparación entre personas que viajaron fuera del país en el último año y las que no viajaron en zona rural.....	67
Tabla 21. Comparación entre personas que viajaron fuera del país en el último año y las que no viajaron en zona urbana.....	67

Capítulo I

1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1. Introducción

La finalidad de esta investigación es analizar la relación existente entre la sintomatología depresiva y las respuestas de afrontamiento en poblaciones urbanas y poblaciones rurales.

Partiendo de esto, se realizó un estudio comparativo entre estas dos poblaciones, una rural y una urbana.

Así mismo, demográficamente, para que una localidad sea declarada ciudad deberá contar con una población mayor a 5.000 habitantes, es por eso que se examinará para este propósito a un sector de la población que habita en la ciudad de Berazategui, que en el último censo INDEC (2010) arrojó un total de 320.244 habitantes, y el pueblo Tres Algarrobos; cuya actividad agropecuaria es el motor de esa localidad y cuenta con un total de 3.201 habitantes, catalogándola así como zona rural.

Si bien no hay antecedentes que relacionen directamente las respuestas de afrontamiento con la sintomatología depresiva tanto en zonas rurales como en zonas urbanas, estudios científicos sobre las emociones han demostrado una relación causal entre eventos estresantes de la vida diaria y la depresión clínica (Moscoso, 2014).

Lo antes dicho permite dar cuenta que estas dos variables están relacionadas entre sí aunque todavía no se han establecido científicamente los mecanismos psicológicos de las respuestas de afrontamiento y diferencias individuales por los cuales el estrés genera estados depresivos.

No obstante, si se han realizaron investigaciones que hacen referencia a las estrategias de afrontamiento y la depresión en diferentes situaciones.

En síntesis, teniendo en cuenta las definiciones y antecedentes descritos en el presente estudio, esta investigación se orienta a indagar la relación existente entre las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva tanto en zonas rurales como en zonas urbanas. Esto resulta de gran importancia si se tiene en cuenta el escaso conocimiento que hay actualmente en cuanto a investigaciones que comparen distintas poblaciones respecto a las variables antes mencionadas.

Por tanto, las preguntas que dan origen a esta investigación, las cuales se desprenden de lo antedicho son:

¿Existe relación entre las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva?

¿Tendrán las personas que viven en zonas rurales más sintomatología depresiva y menos respuestas de afrontamiento que aquellas personas que viven en zonas urbanas?

1.2 Justificación del estudio

1.2.1 Teórica

Esta investigación pretende llenar un escaso conocimiento que existe hasta el momento, en cuanto a las diferencias existentes entre aquellos individuos que viven en zonas rurales de aquellos individuos que viven en zonas urbanas y cómo el hecho de pertenecer a un pueblo o una ciudad permitirá dar cuenta de cuales son las respuestas de afrontamiento, su sintomatología depresiva y si estas variables se encuentran conectadas entre sí.

1.2.2 Práctica

Esta investigación permitirá a los profesionales psicólogos evaluar la importancia del diagnóstico diferencial respecto de aquellas personas que tengan más sintomatología depresiva en relación al lugar donde habitan y cuáles son las estrategias que tienen ambos grupos para afrontar los sucesos estresantes.

Por lo tanto, investigar que respuestas de afrontamiento utilizan los sujetos y si estas se encuentran relacionadas con la sintomatología depresiva contribuirá tanto a la prevención, como a la atención primaria y secundaria de la salud.

1.2.3 Social

Teniendo en cuenta que en la actualidad y en Argentina hay cada vez más personas que sufren sintomatología depresiva, esta investigación pretende aportar datos que contribuyan con la prevención de esta sintomatología y a su vez fomentar la estimulación de las respuestas de afrontamiento positivas que contribuyan a la disminución de la misma.

Capítulo II

2 ESTADO DEL ARTE

2.1 Antecedentes sobre sintomatología depresiva

Se han encontrado estudios que dan cuenta de una prevalencia moderadamente elevada respecto a la depresión en poblaciones ancianas que habitan en zonas rurales, siendo más frecuente en mujeres, en los que viven solos, carecen de estudios, pertenecen al sector primario, padecen patología física o psíquica, presentan mayor deterioro cognitivo, peor salud en general y tienen una peor percepción de su calidad de vida (Fernandez, C. 2006).

Siguiendo esta misma línea, un estudio de Festerazzi Acosta, et al. (2008) establece que en una población rural de Argentina, el 24% de adolescentes presentaban depresión (sin incluir los casos de depresión leve, que era el 35%).

Otro estudio en Australia reveló que entre el 4 al 25% de los adolescentes ha experimentado depresión; que los hombres y mujeres australianos de entre 6 y 17 años de edad tienen índices similares de trastornos depresivo en las áreas metropolitanas (3.9 y 3.8%, respectivamente). No obstante, el índice de trastorno depresivo de varones es el doble que el de mujeres en área no metropolitanas (4.6 y 2.4%) (Black, et al., 2012).

Respecto a la prevalencias de depresión halladas en el ámbito urbano se encontró un estudio de Pando Moreno, M. llevado a cabo en 2001 en México entre la población de personas mayores del área urbana, donde indica que la depresión es la psicopatología más frecuente en la población mayor de 65 años, con una prevalencia superior al 16%. El estudio se realizó en la zona metropolitana de Guadalajara de México, y obtuvo como resultado un 36.2% (43.1% mujeres y 27.3% hombres). Los desempleados fueron los que mostraron las tasa más altas y los que se dedican al hogar fueron los que mostraron las tasas más altas (54.3% y 41.4% respectivamente). En la el hábitat urbano el aspecto laboral es relevante, ya que el desempleo

implica un factor de pérdida, y la pérdida es uno de los aspectos centrales en la etiología de la depresión. También arrojó que los viudos son los que muestran las tasas más altas (50.5%), seguido de los solteros con un 42.8%.

En otra investigación llevada a cabo por (Berenzon Gohrn, et al., 2005), se obtuvieron resultados de que las prevalencias en depresión eran más elevadas en mujeres que en hombres, y también en las personas que habían sufrido alguna pérdida o ruptura familiar y que habitaban en la población que tenía menos recursos económicos. No obstante, el género masculino presentó mayor prevalencia en el trastorno depresivo en aquellos que habían perdido a sus parejas. Por otra parte, en el género masculino, los hombres solteros mostraban una prevalencia levemente más baja que los hombres con pareja. En cambio, en las mujeres, las solteras mostraban prevalencias más altas que las mujeres con pareja.

Otros factores que preocupan respecto a la depresión es la que plantea la doctora en Psiquiatría Marian Rojas Estape (2018) quien, en uno de sus libros expone como la alimentación posee un rol fundamental para la salud y sostiene que: “En la actualidad, según los datos que manejan los especialistas en nutrición, nuestro organismo ingiere un 30 por 100 más de alimentos proinflamatorios que hace unos años” (p.59) por consiguiente, hay que tener cuidado con la comida rápida inflamatoria que uno consume. “Según un estudio publicado recientemente en Harvard, las mujeres con alimentación rica en productos inflamatorios –harinas blancas, grasas saturadas y trans, bebidas azucaradas y carnes rojas- tienen un riesgo de un 41 por 100 mayor de padecer depresión” (Rojas Estape, 2018, p.59).

2.2 Antecedentes sobre afrontamiento

Un estudio llevado a cabo sobre estrategias de afrontamiento al estrés y estilos de conducta interpersonal llevado a cabo por Castaño y León del Barco (2010) plantean que, una óptima adaptación al medio ambiente, en cuanto apoyo social y adecuadas relaciones interpersonales, es considerado un factor fundamental para la salud mental. En este sentido, las estrategias de afrontamiento y los estilos con los que cuenta y utiliza de forma habitual una persona, pueden suponer por un lado un facilitador o un obstáculo para la interacción con los demás, es decir, para relacionarse de forma efectiva con los otros.

Otros autores como Griffith, Dubow y Ippólito (2000) remarcan que el afrontamiento centrado en el problema disminuye el malestar psicológico, mientras que las estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción lo incrementan.

Por otra parte, (Díaz Sibaja, Comeche Moreno, Mas Hese, Díaz garcia y Vallejo Pareja, 2008) al analizar qué tipo de estrategias de afrontamiento utilizaban pacientes con enfermedades inflamatorias, obtuvieron que el 40 % de la muestra empleaba estrategias de afrontamiento positivas, un 25% negativas y el 35% utilizaba estrategias de afrontamientos tanto positivas como negativas. Respecto de las mujeres y los hombres hallaron que no existe relación significativa entre el sexo y el tipo de estrategias utilizadas.

En otra investigación llevada a cabo por Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martinez y Otalvo (2009), refieren que las estrategias de afrontamiento más utilizadas y con puntuaciones más altas por pacientes diagnosticados con VIH/Sida fueron las estrategias de búsqueda de alternativas, religión, refrenar el afrontamiento, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo profesional, siendo las más estadísticamente significativas la búsqueda de alternativas, religión y refrenar el afrontamiento de toda la escala. Por otro lado, la puntuación más baja fue la estrategia reacción

agresiva. En una puntuación media alta se encontró la estrategia control emocional y en el puntaje medio bajo la estrategia de afrontamiento de espera. El resto de las estrategias se situaron en niveles dentro del promedio, ellas fueron: conformismo, expresión emocional abierta, evitación cognitiva, evitación comportamental, búsqueda de apoyo social y evitación emocional.

Barreda, (2012) descubrió que el 66 % de los pacientes con enfermedades cerebrovasculares manifestaron hacer uso generalmente del estilo de afrontamiento centrado en el problema, el 12 % de la muestra indicó utilizar estos estilos de afrontamiento siempre, el 8 % a veces y nunca el 2%. En cuanto al estilo de afrontamiento centrado en la emoción, el 68 % utiliza generalmente este estilo, el 30 % a veces, siempre el 2% y nunca 0%. Respecto al estilo de afrontamiento evitativo halló que es el menos utilizado ya que el 80 % de la muestra indicó que solo a veces utilizan este estilo.

Otros autores como Corroble, Remor y Rodríguez, (2003) han demostrado que el afrontamiento activo-cognitivo ha sido empleado en mayor medida, seguido por el activo-conductual y siendo el afrontamiento por evitación el menos utilizado.

2.3 Antecedentes sobre la relación entre sintomatología depresiva y afrontamiento

Las investigaciones halladas sobre afrontamiento y depresión hasta el momento se han centrado en analizar cómo situaciones estresantes pueden ayudar a facilitar o desencadenar la aparición de sintomatología depresiva, e incluso también, mantenerlos una vez que estos síntomas aparecen. Por otro lado, algunos estudios han demostrado que los sujetos que padecen depresión, emplean estrategias de afrontamiento que son inadecuadas o insuficientes como por ejemplo para luchar contra sucesos estresantes utilizar un exceso de estrategias de evitación y descargo emocional. (Vázquez, 1996).

Por tal motivo, para Vázquez, (1996), padecer síntomas depresivos es generalmente vivido como un factor estresante para el individuo cuya situación requiere y necesita de respuestas de afrontamiento para combatirla, tal es así que la depresión puede llegar a ser una respuesta a situaciones crónicas o agudas de estrés, pero también, al igual que otros trastornos mentales o físicos, en sí misma, es una situación estresante.

Por otro lado, (Díaz Sibaja, Comeche Moreno, Mas Hese, Díaz garcia y Vallejo Pareja, 2008) al analizar qué tipo de afrontamiento utilizaban sujetos con enfermedad inflamatoria intestinal y su relación con la depresión, descubrieron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias en depresión y las distintas estrategias de afrontamiento utilizadas. (Díaz Sibaja, et al., 2008) observaron que los pacientes que utilizaban estrategias de afrontamiento negativas tenían una puntuación media en depresión de 15,90, la puntuación media de los que utilizaban ambas estrategias fue de 11,86 y los que obtuvieron una menor puntuación, con una media de 7 utilizaban estrategias de afrontamiento positiva.

Landa Durán P. y Valadez Ramírez A. (2013) exponen los aspectos que los habitantes de una ciudad mexicana consideraban como estresantes. En el estudio se entrevistó a una muestra

de ciudadanos los cuales respondieron que el tráfico de vehículos, la gente, la inseguridad, la contaminación, el ruido, el transporte público, los atascos, el metro, las manifestaciones y las marchas, los accidentes automovilísticos, las inundaciones, el calor, la prisa y el horario de verano, los consideran factores estresantes. De estos aspectos mencionados, un 7.2% de los entrevistados consideraba que una de las consecuencias del “factor gente” como estresor (la aglomeración) era la depresión. De entre los motivos que los participantes expusieron para calificar a la gente del área urbana como estresor, había la hostilidad que presentan las personas y la multitud (hay demasiada gente). Otro agente estresor cuyo consecuente es la depresión, son los accidentes automovilísticos, un 31.25% de los participantes reportaron que la depresión es una consecuencia de los accidentes de tráfico, y los motivos por los que lo consideraron un agente estresor fueron los siguientes: por imaginarse que el accidente involucraba algún familiar o conocido, por miedo a herir a alguien y por miedo a morir.

Para Camacho (2003) tanto las autoafirmaciones de afrontamiento como las estrategias de afrontamiento cognitivas, se relacionan de manera estadísticamente significativa con un funcionamiento más adecuado respecto al aumento de la actividad y negativamente con la depresión; mientras que por otro lado, las autoafirmaciones negativas se relacionan con malestares psicológicos.

En otra investigación realizada en la cual hace referencia a los niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en familiares de víctimas de desaparición forzada en la ciudad de Medellín; Giraldo, Gomez y Maestre, (2008) comparando el desempeño en la prueba de depresión en función de las variables de afrontamiento encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de depresión y las variables de afrontamiento focalización en la solución de problema y religión, ubicándose éstas como factores de protección/riesgo para el

desarrollo de la depresión. De esta manera indicaron que el estilo de focalización del problema es un factor protector del nivel de depresión, es decir que las personas que utilizan este estilo de focalización del problema (61,1%) poseen un nivel de depresión leve o directamente se encuentra ausente. De igual manera se evidencia en la relación entre el nivel de depresión y la variable religión, que los que utilizan este estilo (75%) tienen ausencia de depresión

Capítulo III

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Conceptualización de zona rural

Históricamente se ha asociado rural con la vida agraria y a las poblaciones dispersas en los territorios, donde la cultura y las formas de vida son más tradicionales, pero esta visión ha quedado obsoleta por las nuevas actividades y procesos que se desempeñan en los espacios rurales (Esparcia y Noguera, 2001).

Una definición acotada de lo rural es planteada en términos del tamaño de la población por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INAGI) que lo define como localidades que cuentan con 2.500 habitantes o menos. Desde 1990 a la fecha esta definición se ha ido cuestionado con más ahínco por ser una visión en extremo simplificada (Arellano y Corona, 2013). Estos autores intentan presentar una propuesta que va más allá del tamaño de la población para poder medir el espacio rural. Para ello construyen una definición, que destaca además del tamaño poblacional, la construcción de un paisaje natural y el uso extensivo del suelo.

Por otra parte, el enfoque que propone Cloke (2006) refiere que los elementos que componen lo rural poseen tres dimensiones:

- a) Predominan los usos de suelo extensivos (en el pasado y presente atribuible a la actividad agropecuaria y silvícola);
- b) Existen asentamientos pequeños y de orden bajo, los cuales presentan una relación fuerte entre la construcción y el paisaje extenso, y son considerados rurales por la mayoría de sus residentes; y
- c) Se desarrolla una forma de vida caracterizada por una identidad basada en las cualidades o atributos del medio natural y un comportamiento asociado al paisaje del campo.

Mendez, Ramirez y Azate (2005) indican que los espacios rurales se suelen diferenciar por las distintas actividades que se realizan allí, como así también aspectos como, lo ambiental, lo productivo, la concentración de la población y la diversidad poblacional. Por lo tanto, según lo que plantean estos autores, los espacios rurales son aquellos donde hay una mayor interacción de los habitantes con la naturaleza, siendo esto importante para que los habitantes logren realizar sus actividades diarias.

Siguiendo con el intento de definir lo rural, el Instituto Nacional de Estadísticas (1997), el territorio español divide a las zonas rurales en aquellas localidades que tienen hasta 2.000 habitantes y zonas rurales intermedias a las que poseen una población de 2.001 a 10.000 habitantes.

En Argentina según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010), los centros de menos de 2.000 habitantes son catalogados como poblaciones rurales.

La Comisión Europea afirma que:

El mundo rural abarcaría aquellas zonas y regiones donde se llevan a cabo actividades diversas e incluiría los espacios naturales y cultivados, los pueblos, villas, ciudades pequeñas y centros regionales, así como las zonas rurales industrializadas de dichas regiones, pero la noción del mundo rural no implica únicamente la simple delimitación geográfica. Evoca todo un tejido económico y social, un conjunto de actividades de lo más diverso: agricultura, artesanía, pequeñas y medianas industrias, comercios y servicios. Sirve de amortiguador y espacio regenerador, por lo que resulta indispensable para el equilibrio ecológico al tiempo que se ha convertido en un lugar privilegiado de reposo y ocio. (Comisión Europea, 1998).

Por su parte, Sancho y Moreno (2012) plantean cuatro características respecto del concepto de lo rural: la primera característica hace referencia a una densidad de población baja, que tiene la capacidad de explotar los recursos cercanos, la segunda característica se refiere a la importancia de la actividad agraria, que si bien, paulatinamente va perdiendo peso en los países más industrializados es evidente que la economía de los espacios rurales sigue siendo el centro de atención. Otra característica es la fuerte relación que existe entre el medio natural y los habitantes, que determina la actividad económica, la propia identidad, las fiestas, ceremonias, las formas de construcción etcétera; y una última característica que tiene que ver con los vínculos y las fuertes relaciones sociales que se establecen entre los habitantes de una comunidad.

Arellano y Corona (2012), consideran que es necesario dejar de lado algunos supuestos acerca de lo rural y plantean que trabajos recientes han identificado tres dimensiones que ya no se utilizan para medir el espacio rural y son en primer lugar la ruralidad como atraso y subdesarrollo como el empleo precario y el desempleo, la falta de servicios urbanos entre otros; la idea de una base económica meramente agrícola da de manera gradual una economía más variada como pueden ser los servicios, industrias y comercios y en tercer lugar, la definición de lo rural a través de características sociodemográficas.

Otra definición acerca de los espacios rurales es la que plantea Gomez Orea (1995) quien realiza una distinción entre:

- Zonas del entorno rural de las ciudades en expansión, por problemas por el cambio del uso del suelo rural a urbano. Fuerte especulación urbana con degradación de espacios rurales.
- Zonas dinámicas pero que se ven afectadas por el cambio de función, pasando de agraria a secundaria y terciaria. Problemas muy parecidos al caso anterior.

- Zonas donde las condiciones naturales y culturales son propicias a un desarrollo basado en la agricultura, a pesar de los problemas de contaminación por uso de pesticidas y fertilizantes.
- Zonas rurales de condiciones difíciles para la agricultura. Suelen ser áreas remotas y/o de montaña.

Siguiendo con la clasificación, la ley española número 45/2007 ley para el desarrollo sostenible del medio rural en su artículo 10 delimita y clasifica a las zonas rurales en:

- a) Zonas rurales a revitalizar: aquellas con escasa densidad de población, elevada significación de la actividad agraria, bajos niveles de renta y un importante aislamiento geográfico o dificultades de vertebración territorial.
- b) Zonas rurales intermedias: aquellas de baja o media densidad de población, con un empleo diversificado entre el sector primario, secundario y terciario, bajos o medios niveles de renta y distantes del área directa de influencia de los grandes núcleos urbanos.
- c) Zonas rurales periurbanas: aquellas de población creciente, con predominio del empleo en el sector terciario, niveles medios o altos de renta y situadas en el entorno de las áreas urbanas o áreas densamente pobladas.

En definitiva, existen amplias propuestas a la hora de determinar los espacios rurales, y si bien estos pueden hacer referencia a un amplio espectro de posibilidades como el campo, la naturaleza la sociedad campesina, el pueblo, el espacio no urbano, el rancho etcétera, hoy por hoy y después de años de debate acerca del término rural, no se ha llegado a un consenso al respecto. (Paniagua y Haggart, 2002).

3.2 Conceptualización de zona urbana

Algunas de las características principales que tiene un sistema urbano está relacionada con el tamaño de su población, la generación de riquezas, la conectividad y la accesibilidad, las dotaciones y equipamientos de infraestructura, la atracción para la localización de las actividades económicas y de servicios, las capacidades productivas y de iniciativas locales y la difusión del patrimonio cultural (Plan Estratégico Territorial Avance II: Argentina Urbana, 2011). A su vez, y según el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios (2011) en nuestro país el índice que ayuda a establecer la jerarquía urbana se armó sobre la base de las siguientes variables:

- Infraestructura de servicios: disponibilidad de infraestructura para la atención de servicios primarios (educación y salud). Indicadores: cantidad de camas públicas y privadas, cantidad de instituciones terciarias y universitarias, pública y privadas.
- Transporte y comunicaciones: grado de equipamiento en transporte y comunicaciones. Indicadores: cantidad de movimiento aéreo, despegues y aterrizajes de vuelos comerciales –regulares y no regulares-, índice de accesos viales.
- Actividades financieras y comerciales: intensidad con que se desarrolla la económica urbana. Indicadores: cantidad de instituciones bancarias, cantidad de grandes superficies comerciales –hipermercados y shoppings-.
- Población: indicador aproximado al desarrollo urbano, relacionado con el tamaño del mercado. Indicadores: cantidad de habitantes.
- Estructura ocupacional: escala de desarrollo del sector terciario especializado y el grado de complejidad del proceso de trabajo. Indicadores: población ocupada en

el sector terciario, población económicamente activa con calificación ocupacional profesional y técnica. (Plan Estratégico Territorial Avance II: Argentina Urbana, 2011, p.37)

Por otra parte la ley 10.806 en su artículo 2 establece que:

Demográficamente, para ser declarado ciudad, los pueblos o localidades de partidos integrantes del conurbano bonaerense o del Gran La Plata, deberán contar con una población no inferior a treinta mil (30.000) habitantes, según el último censo oficial realizado. Las localidades pertenecientes a los restantes partidos de la provincia, deberán contar como mínimo con una población censada de cinco mil (5.000) habitantes.

A sí mismo, otra autora, sostiene que:

La mejor definición de ciudad es aquella que reúne el mayor número de criterios, como por ejemplo un número importante de habitantes, profesiones ligadas a las actividades secundarias y terciarias, con un paisaje compacto y el reconocimiento de su evolución histórica. (Pertile, 2012, p 3).

Para el escritor del tratado de Geografía Humana Derruau (1964) “la ciudad ofrece comodidades y distracciones que no se encuentran en el campo” (p.87) y la define como una aglomeración de gran tamaño, donde la vida colectiva se encuentra organizada –urbanismo- y cuya población en su gran mayoría está dedicada a las tareas no agrícolas. (Derruau, 1964).

Si bien la creación de las ciudades no es algo nuevo cada época tuvo sus hechos urbanos; pero es partir del siglo XIX que se produce una transformación muy grande que fue definida como fenómeno urbano debido al gran crecimiento de estas, por lo tanto desde entonces a la fecha las migraciones a las ciudades ha ido en aumento y se estima que en un futuro el 90 % de

la población vivirá en ciudades. La República Argentina ya cuenta con una masa poblacional urbana de 88%, es decir habitando en espacios de más de 2.000 habitantes. (Pertile, 2012).

Según las proyecciones del Banco Mundial, hacia el año 2025, dos tercios de la población del planeta, es decir más de 5 millones de personas vivirán en ciudades. Se estima que la gran mayoría de las personas vivirá en países pobres, en ciudades con déficit, inseguras e insalubres, donde millones de multitudes habitaran pueblos sin acceso a desagües sanitarios ni al agua potable. Las proyecciones de estas megas ciudades, estarán en relación con niveles altos de desempleo, violencia y la propagación de enfermedades contagiosas. (Pertile, 2012).

Por otra parte, Mendez, Ramirez y Azate (2005), caracterizan el medio urbano teniendo en cuenta la ocupación humana del espacio, la alta densidad de población, uso improductivo del uso y de los recursos naturales en general, es poco vulnerable a los agentes físicos externos, asociado a una vida industrial, comercial y de prestación de servicios, es el ámbito rural quien lo provee de materias prima y con relación vinculante y de competencia entre los integrantes de la comunidad pero con poco vínculo solidario y afectivo entre ellos.

La Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura (1999) sostiene que:

La expansión de las ciudades está impulsada por el crecimiento económico y/o por la migración de las zonas rurales a las urbanas y periurbanas, cuando las oportunidades de empleo agrícola y rural disminuyen o no aumentan al mismo ritmo que el crecimiento demográfico. Otros factores que, en algunos casos, han contribuido a la rápida expansión urbana son el malestar social, las catástrofes naturales (sequías) y la falta de oportunidades de educación y de servicios médicos en las zonas rurales. Las zonas periurbanas son aquellas que circundan a las ciudades y que están integradas con éstas en

casi todos los aspectos. Estas zonas tienen también tasas de crecimiento elevadas y reciben hasta el 70 por ciento de la población que emigra de las zonas rurales, así como de la que emigra de las propias ciudades. (FAO, 1999, p.3).

3.3 Conceptualización de respuestas de afrontamiento

Las respuestas de afrontamiento que un individuo da respecto de una situación estresante nos permite analizar la interacción entre este y su entorno, a través de uno de los conceptos centrales que hay que tener en cuenta que es el afrontamiento.

Hoy, el estudio de la salud mental se centra en gran parte en el afrontamiento, el estrés y el apoyo social y demuestran estar en relación y tener un valor teórico directo e indirecto con el proceso de salud- enfermedad en las personas y su bienestar psicosocial. Es por esto, que la conceptualización de los procesos de afrontamiento es un aspecto fundamental y central en las teorías actuales sobre la adaptación de las personas y el proceso de estrés que enfrentan las mismas en su vida cotidiana. El afrontamiento se enfoca como un factor estabilizador que puede ayudar a los sujetos a mantener su adaptación psicosocial durante períodos de alto estrés (Lazarus y Folkman, 1991; Moos y Schaefer, 1993).

Fleishman (1984) define el afrontamiento como las respuestas cognitivas o comportamentales que se utilizan para eliminar o reducir el estrés negativo psicológico o las condiciones estresantes.

Desde el modelo transaccional Lazarus y Folkman (1991) plantean que el estrés es un proceso que implica la interrelación que se produce entre la persona y su contexto, aquel en el que está inserto y sus recursos. El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal. Por medio se encuentra la evaluación cognitiva que realiza el sujeto; pero además, tiene en cuenta el elemento emocional que conlleva esta situación. Estos últimos, refieren que ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como

excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1991, p.164).

Estos mecanismos de afrontamiento, a su vez sirven para manipular el problema en sí, son esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante circunstancias estresantes.

Cada persona tiene una manera determinada de afrontar el estrés, esto dependerá de la vulnerabilidad de cada persona y de su perfil psicológico. Si el sujeto interpreta la situación como peligrosa, o amenazante, y considera que sus recursos son escasos para hacer frente a estas consecuencias negativas, surgirá una reacción de estrés, en la que se pondrán en marcha los recursos de afrontamiento para intentar eliminar o hacer frente a las consecuencias no deseadas. Es decir que, desde el punto de vista conceptual el afrontamiento es valorado por diversos autores como una variable mediadora que modifica los efectos desestabilizadores del estrés.

Asimismo, las teorías contemporáneas ponen énfasis en los aspectos multidimensionales de las estrategias de afrontamiento abordando perspectivas distintas para su clasificación. Existen dos líneas predominantes del afrontamiento. Una pone el acento en la orientación o el foco, diferenciando así, entre las formas de afrontamiento pasivas, en contraposición a las formas activas de afrontar un problema. Una segunda clasificación, según la orientación, es la efectuada entre respuestas por aproximación, entendidas como esfuerzos cognitivos o conductuales para manejarse directamente con el evento estresante, y respuestas de afrontamiento por evitación que incluye los esfuerzos cognitivos y/o conductuales para intentar reducir la tensión a través de conductas de escape o evitar pensar en aquello que produce estrés. (Moos, 1993). Además de la orientación o foco de afrontamiento, se contempla bajo esta última perspectiva, el método implementado, pudiendo ser éste cognitivo o conductual.

La naturaleza y las características que tenga el evento estresante, plantea Moos (1993), influyen en la disponibilidad y en la movilización de recursos, como también en las modalidades de afrontamiento de los mismos. Desde el modelo de afrontamiento que este autor plantea, todas aquellas características específicas de una crisis o cualquier tipo de cambio vital y como el sujeto evalúa esa situación, contextualizan la selección de respuestas específicas de afrontamiento.

Otro factor que es conveniente considerar es el que refiere al grado de control que el suceso estresante tiene. Se ha demostrado que la controlabilidad percibida del elemento estresante incide en el tipo de estrategia usada y en la efectividad de la misma para reducir el grado de estrés (Mattlin, Wethington y Kessler, 1990). Moos y Shaefer (1993) por su parte, sostienen que los procesos de afrontamiento por aproximación deberían ser más efectivos en situaciones que sean valoradas como cambiantes y controladas.

El distrés puede intervenir en cualquier fase del proceso de enfermar, ya sea incrementando las conductas de riesgo, exacerbando o produciendo síntomas somáticos o también aumentando el uso y abuso de los servicios de salud (Martín, 2002).

Ante la aparición de nuevas enfermedades, las investigaciones han tratado de encontrar tipologías de afrontamiento tanto generales como específicas.

Lazarus y Folkman (1991) distinguen dos tipos generales de estrategias de afrontamiento:

1. Estrategias de resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
2. Estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Por ejemplo, ante la pérdida de un trabajo uno puede acudir a los abogados, llamar a amigos en búsqueda de soluciones, etc. (estrategias dirigidas a solucionar el problema, pero

también puede, salir a buscar otro, en vez de quedarse en casa sintiéndose mal y pensando en la pérdida, etc. (estrategias dirigidas a aliviar el malestar que produce la situación).

A veces, el empleo de una estrategia de solución de problemas tiene repercusiones favorables por sí misma en cuanto a la regulación de las emociones. Por ejemplo si alguien presenta una denuncia por ruidos molestos en su barrio, esto puede ser una estrategia efectiva para solucionar el problema y a su vez reducir su malestar o ira. Pero puede suceder lo contrario si una persona le pide a gritos y de malos modos a otra, que baje o apague la música, esa estrategia que aparentemente sería eficaz para regular la ira (dar un grito a otra persona), puede dejar el problema tal como estaba e incluso provocar nuevos conflicto y rechazo por parte de la otra persona.

Friedman y Di Matteo (1989) plantean los siguientes tipos de afrontamiento más específicos ante el debut de las enfermedades y los clasifican en:

- a) De negación.
- b) Búsqueda de información.
- c) Búsqueda de apoyo.
- d) Resolución de problemas concretos.
- e) Preparación para alternativas futuras.
- f) Búsqueda de un significado para la enfermedad.

Los factores que intervienen en la eficacia de los afrontamientos en enfermedades crónicas (Friedman y Di Matteo, 1989; Taylor, 1993) son:

1. Diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto.
2. Nivel intelectual y cultural en general.
3. Características personales (resistencia personal o autoestima).

4. Características propias de la enfermedad y su valoración social.
5. El apoyo social.

Poseer suficiente flexibilidad para elegir distintas alternativas de afrontamiento y un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento, resulta positivo puesto que incrementan las posibilidades de éxito adaptativo (Martín y Grau, 1994). En este sentido las personas que tienen mayor nivel intelectual y mayor cultura general, tienden a tener una mejor adaptación a las enfermedades y al dolor (Taylor, 1993). Algunas características personales que se asocian al éxito del afrontamiento son la resistencia al estrés y una buena autoestima (Martín, 2002). Por otra parte, las limitaciones que imponen las enfermedades, las amenazas y limitaciones, las exigencias, el dolor y las creencias que tiene la población respecto a estas, tiene influencia en la eficacia del afrontamiento.

En teoría, se pueden utilizar múltiples estrategias para manejar una situación estresante, cada sujeto tiene una tendencia a utilizar una serie determinada de estrategias en diversas situaciones. Esto es lo que se llama estilos de afrontamiento. Tal es así que algunas personas tienden a contarles sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismas.

Los estilos de afrontamiento que se han utilizado de manera sistemática son:

1. Personas evitadoras y personas confrontativas: hay personas que tienen una tendencia a evitar o minimizar todo tipo de situaciones, mientras que otras personas tienden a utilizar un estilo más confrontativo, bien sea en la búsqueda de información o tomando una acción directa ante un determinado problema. Si bien el estilo evitativo es más útil para sucesos amenazantes a corto plazo, mientras que el estilo confrontativo es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que persiste o se repite a lo largo del tiempo. Este último permite anticipar planes de acción ante

riesgos futuros, aunque puede que tenga una cuota mayor de ansiedad. Taylor (1990) señala que el estilo de afrontamiento evitativo puede ser útil para asistir al médico, pero bastante ineficaz para solventar situaciones de tensión continua laboral. De todas formas, estudios longitudinales señalan que a largo plazo, el estilo de afrontamiento evitativo no suele ser eficaz para manejar circunstancias vitales complicadas (Holahan y Moos, 1987).

2. Catarsis: si bien este es un concepto y un tema ampliamente abordado por la teoría psicoanalítica, la investigación científica sobre traumas ha comenzado a indagar si el hecho de expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos puede ser eficaz para afrontar situaciones complejas y difíciles. Parece, que expresar los sentimientos, hablar y comunicar las preocupaciones tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan rumiaciones obsesivas a largo plazo como así también de que aparezcan un aumento en la actividad fisiológica. (Penneba y Susman, 1988). Por tanto, si bien hablar con otras personas o contarles alguna situación que nos preocupa no tiene un efecto mágico, esto puede llegar a favorecer el afrontamiento de múltiples maneras, como por ejemplo recibir apoyo emocional, recibir información respecto de lo que nos preocupa, fuerza, etc.)
3. Uso de estrategias múltiples: la mayoría de los estresores conllevan problemas de naturaleza diferente y por tanto requieren de estrategias de afrontamiento distintas. Tal es así que para que un afrontamiento tenga buenos resultados requiere de la capacidad para usar de forma adecuada múltiples estrategias de un modo más flexible.

Para Fernandez Abscal (1997), los estilos de afrontamiento hacen referencia a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las

preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, como así de su estabilidad temporal y situacional. A su vez las estrategias de afrontamiento, serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Stanted y Jimenez, 1995), mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación.

Otros autores Pelechano (2000) han considerado que ambos conceptos se complementan, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación.

3.4 Conceptualización de sintomatología depresiva

El modelo cognitivo de la depresión surgió con las observaciones clínicas sistemáticas y experimentales de Beck en los años sesenta.

Según Beck (1983/2005) la depresión, puede explicarse a través del modelo cognitivo que postula tres conceptos específicos para dar cuenta del sustrato psicológico, ellos son a) la tríada cognitiva, b) los esquemas mentales y c) los errores cognitivos.

La tríada cognitiva se basa en tres patrones cognitivos fundamentales que llevan al sujeto a considerar de manera negativa, todo lo referente a su vida, es decir su futuro, sus experiencias e incluso a su propia persona. Toda su vida y su contexto, está teñido por un velo oscuro que no le permite ver más allá, por tal motivo el paciente se ve torpe, desgraciado, sin fuerzas y con poca valía. Por tanto, cuando el sujeto más deprimido se encuentre más afectado se verá, respecto a si mismo y su entorno.

Los esquemas mentales cognitivos hacen referencia e intentan dar una explicación acerca del porque el sujeto depresivo mantiene actitudes que le son contraproducentes y le hacen sufrir a pesar de que exista evidencia objetiva que en su vida hay factores positivos. Estos esquemas sirven para poder detectar, diferenciar, localizar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo y éste entonces, según los tipos de esquema que utilice, determinará el modo en que actuará en las distintas experiencias que se le presenten.

Por último, los errores cognitivos, aquellos errores que se producen en el procesamiento de la información, son sistemáticos y se dan en el pensamiento. Son distorsiones que afectan la percepción de los hechos de manera significativamente negativa. Entre las distorsiones que se dan en el pensamiento se encuentran: inferencia arbitraria (sin tener evidencia que la apoye, llegan a una determinada conclusión), abstracción selectiva (conceptualizar toda la experiencia

en base a un detalle extraído fuera de contexto), generalización excesiva (elaborar una conclusión general a partir de hechos aislados), maximización y minimización (tiene que ver con la magnitud de los eventos), personalización (atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para tal conexión) y pensamiento absolutista (dentro de las respuestas el sujeto se inclina por la opción antagónica negativa).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5º versión [DSM V] (2016) incluye a los trastornos depresivos dentro de los trastornos del estado de ánimo.

Los trastornos del estado de ánimo se dividen en: trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Dentro de los trastornos del estado del ánimo los trastornos depresivos a su vez se subdividen en:

- 1) Trastorno depresivo mayor
- 2) Trastorno distímico
- 3) Trastorno depresivo no especificado

Estos se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco, pero sí debe existir uno o más episodios depresivos mayores.

Los episodios depresivos mayores están incluidos dentro de los episodios afectivos y para que se manifiesten deben tener una duración de al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de placer o interés en casi todas las actividades que realiza un individuo, además deben estar presente al menos cuatro de los siguientes signos y síntomas, falta de energía; cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; dificultad para

pensar, concentrarse o tomar decisiones; sentimientos de culpa o infravaloración; pensamientos de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Estos síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto, pero provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto. Estos síntomas no están asociados a efectos fisiológicos de una sustancia como puede llegar a ser una droga o medicamento, ni a una enfermedad médica como el hipotiroidismo.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza esencialmente por uno (episodio único) o más episodios depresivos mayores (recidivante) y está relacionado según el DSM 5 (2016) a una alta mortalidad, llegando al suicidio el 15 % de los sujetos que lo padecen. Este trastorno, puede ir precedido de un trastorno distímico como así también puede estar asociado a enfermedades crónicas y consumo de sustancias. Los sujetos que presentan dicho trastorno tienen más enfermedades físicas, más dolor y no realizan casi actividades físicas, sociales y personales. Por otro lado, la tasa de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parece no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil de las personas. Si bien, sus comienzos pueden darse en la mitad de la tercera década de la vida, este trastorno puede iniciarse a cualquier edad. Generalmente los episodios de trastorno depresivo mayor se producen luego de un estrés psicosocial grave, como puede ser la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios, sugieren que los sucesos estresantes graves cumplen un papel primordial en la precipitación del primer o segundo episodio de trastorno depresivo mayor y desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores.

El trastorno distímico se caracteriza por ser un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años, hay que tener en cuenta que en los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable en

lugar de triste y la duración mínima exigida para esta población es sólo de 1 año. Los sujetos que padecen de este trastorno se encuentran tristes y desanimados. Para poder diagnosticar un trastorno distímico los individuos además deben padecer insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento de apetito, sentimientos de desesperanza, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, y falta de energía o fatiga. Si el inicio de este trastorno es a los 21 años o posteriormente se considera que es un inicio tardío y si se produce antes es un inicio temprano. Las mujeres adultas son de dos a tres veces más proclives que los varones a presentar dicho trastorno. Cuando el trastorno distímico lleva muchos años de duración, la alteración del estado del ánimo es muy difícil de distinguir del funcionamiento normal del individuo.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se suelen presentar como parte de un trastorno de ansiedad no especificado- El DSM V incluye dentro de los trastornos depresivos no especificados al trastorno disfórico premenstrual; trastorno depresivo menor (al menos 2 semanas de síntomas depresivos, con menos de 5 síntomas exigidos para el trastorno depresivo mayor); trastorno depresivo breve recidivante (episodios depresivos de 2 días a 2 semanas de duración); trastorno depresivo pos psicótico en la esquizofrenia (durante la fase residual de la esquizofrenia se presenta un episodio de depresión mayor); un trastorno depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante y cuando los clínicos han llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo pero no logran determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o inducido por alguna sustancia.

Según Beck (1983/2005) los sujetos que atraviesan por un estado de depresión tienden a conceptualizar y organizar la realidad en términos de modos primitivos. Respecto a los sucesos que afectan su vida, tienden a emitir juicios globales, no dimensionales y tienen grandes probabilidades de ser extremistas, categóricos, negativos, absolutistas, etc. en cuanto al contenido de sus pensamientos. Por lo tanto, sus respuestas emocionales tienden a ser extremas y negativas.

La depresión es un cuadro complejo y heterogéneo que resulta del mal funcionamiento de varios neurotransmisores o sistemas metabólicos que se caracteriza por presentar una vulnerabilidad genética, una sensibilidad incrementada (estrés) y una desincronización de los ritmos biológicos. Czernik, Gimenez. Morel y Almirón (2006).

La depresión afecta en gran parte a los adultos mayores; en su forma leve puede tratarse sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional, en su forma más extrema puede conducir al suicidio. Dicho trastorno es uno de los principales síndromes geriátricos porque la actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5- hidroxitriptamina disminuyen con el envejecimiento. Irregularidades en este neurotransmisor han sido implicadas fundamentalmente en la fisiopatología de la depresión. Aguilar Navarro, S. Ávila Funesa, J.A. (2007).

Estadísticamente Bleichmar (1991) sostiene que una de cada cinco personas del sexo femenino padece de una depresión mayor en su vida y en el caso del sexo masculino la proporción se reduce a uno de cada diez. El intento por dar una explicación más completa y acabada de la depresión en las mujeres exclusivamente por la acción de factores puramente biológicos –propios de la fisiología femenina- va perdiendo sustento. Para aclarar esta cuestión ella plantea la importancia que tienen los factores psicosociales, por lo tanto la sintomatología

depresiva en las mujeres no debe buscarse en la biología ni en la fisiología sino en sus condiciones de vida y en las características de su subjetividad. Tal es así que en un estudio llevado a cabo por Barnett y Gotlib (1988), concluyen que las que sufren mayor depresión por problemas con sus parejas son las mujeres.

Joffe y Sandler (1965), distinguen entre dolor y la “reacción depresiva”. Ellos remarcaron que se debe diferenciar entre estados de infelicidad y de sufrimiento (dolor), por un lado, y la respuesta depresiva por el otro. El sufrimiento lo relacionaron con un estado de discrepancia entre una representación ideal del self y otra representación del self sentida como la real; y la respuesta depresiva fue vista como un tipo de reacción afectiva que surgiría en circunstancias particulares en que se experimente impotencia y/o indefensión ante el dolor. Junto al sentimiento de falta de esperanza respecto a la satisfacción del deseo se halla la representación que la persona tiene de sí misma de hallarse sin poder, impotente e indefenso para modificar como son las cosas: el sujeto no puede impedir seguir deseando ni lograr satisfacer el deseo. Bibring (1953) resaltó el papel central que desempeña el sentimiento de impotencia / indefensión en la constitución del fenómeno depresivo. Pero, dichos sentimientos pueden ser también sentidos en situaciones en que el sujeto se halle atrapado por otro tipo de sentimiento como puede ser el terror, es decir, presa de la ansiedad. Esta es la razón por la cual en psicoanálisis se ha diferenciado entre ansiedad, como anticipación de un peligro -hay impotencia e indefensión, pero respecto a algo por venir-, y la depresión como la reacción a la pérdida ya ocurrida de un objeto amado, sea éste la representación de una persona, o de uno mismo como self ideal, o de una abstracción que es adorada.

Bandura (1977) señaló que el comportamiento conductual de una persona influye sobre otros individuos, cuyo accionar influye sobre la persona, existiendo la posibilidad de que un

sujeto en las primeras fases de una depresión se aleje de su círculo íntimo, provocando de esta manera que las personas significativas en su vida se sientan ofendidas y respondan con rechazos y críticas, que, a su vez activarían o agravarían la autocrítica y el auto rechazo del propio sujeto, sin embargo, en algunos casos, el solo hecho de ser rechazados, puede significar el comienzo hacia una depresión clínica. Este autor sostiene que las relaciones interpersonales armoniosas y un sólido apoyo social pueden servir como neutralizador de cara a una depresión incipiente. Por el contrario, cuando existen relaciones interpersonales contraproducentes con personas allegadas y significativas que en vez de ayudar a minimizar los síntomas depresivos los mantienen y los sostienen, puede llegar a ser adecuada alguna forma de terapia sistémica. Cabe notar que existe una variabilidad entre los pacientes depresivos en cuanto al grado de mejora o deterioro de la depresión en función de otras personas.

Si bien en la depresión hay varios circuitos neuronales involucrados, entre los cuales los más estudiados son la dopamina, la serotonina y la noradrenalina no existe demostración científica alguna posean una degeneración clara responsable de la sintomatología (Rojas Estape, 2018).

Capítulo IV

4 Metodología

4.1 Objetivos

4.1.1 General

- Analizar la relación existente entre las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva en individuos que viven en zona rural en comparación con aquellos individuos que viven en zona urbana.

4.1.2 Específicos

- Describir las variables sociodemográficas, las dimensiones de afrontamiento y el puntaje total de sintomatología depresiva.
- Analizar si las distintas respuestas de afrontamiento se correlacionan con la sintomatología depresiva.
- Analizar si las distintas respuestas de afrontamiento se correlacionan con la sintomatología depresiva diferenciando la zona en la que viven.
- Comparar las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva en individuos que viven en zona rural y zona urbana.
- Comparar los puntajes de sintomatología depresiva y las respuestas de afrontamiento en función de su sexo, edad y si viajaron o no dentro y fuera del país tanto en zona rural como en zona urbana.

4.2 Hipótesis

H1 - Los habitantes de Tres Algarrobos presentan mayores niveles de sintomatología depresiva que los habitantes de la ciudad de Berazategui.

H2 - Los habitantes de Tres Algarrobos presentan menos respuestas de afrontamiento al estrés que aquellos que pertenecen a la ciudad de Berazategui.

H3 - Aquellos sujetos que obtienen puntajes más elevados en sus respuestas de afrontamiento tienden a presentar menos sintomatología depresiva que aquellos que puntúan más bajo en dicho constructo, indistintamente del lugar que habitan. Por lo tanto se espera que las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva se relacionen de manera inversa.

4.3 Diseño de investigación

La investigación fue de tipo correlacional, comparativo intergrupar entre poblaciones, de corte transversal y en enfoque cuantitativo.

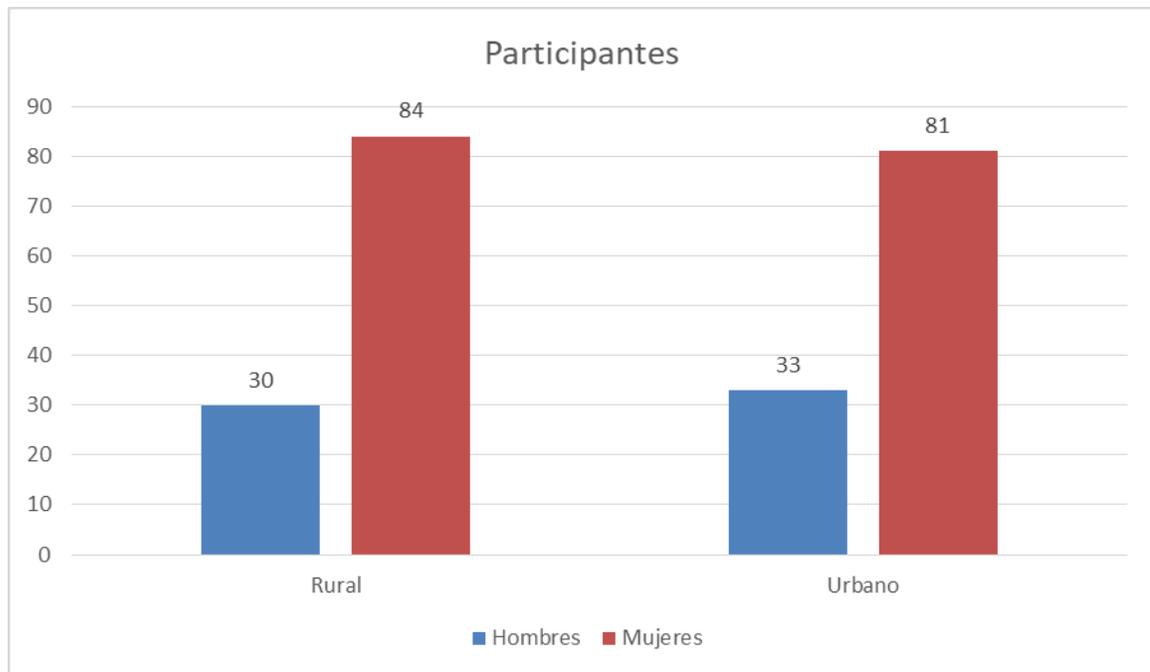
El tipo de estudio realizado fue prospectivo, ya que se gestó y planificó la acción en grupos seleccionados por un lado el grupo comprendido por los habitantes pertenecientes a la localidad de Tres Algarrobos y por otro, los habitantes de la ciudad de Berazategui, pero desconociendo cuáles serían los resultados obtenidos al momento de emprender el estudio (Vieytes, 2004).

4.4 Participantes

Para esta investigación se examinó una muestra de 114 personas mayores de 18 años, de los cuales 84 fueron mujeres y 30 fueron hombres, pertenecientes a la localidad de Tres Algarrobos y 114 personas (81 del sexo femenino y 33 del sexo masculino) pertenecientes a la ciudad de Berazategui también mayores de 18 años quienes respondieron los instrumentos provistos en el protocolo, de manera anónima y voluntaria (Ver gráfico 1). Esta muestra fue

elegida siguiendo un muestreo no probabilístico por cuotas (Rubio & Varas, 1997), el cual consistió en la selección de una muestra representativa del universo segmentando a la población en función de la zona de residencia.

Grafico 1. Personas que conforman la muestra.



4.5 Instrumentos

- Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos – CRI (Moos, 1993 adaptación Argentina: Mikulic, 1998): frente a cada una de las preguntas que se enuncian, los sujetos responderán en función de lo siguiente: 0= si su respuesta es nunca; 1=Si su respuesta es una o dos veces; 2= Si su respuesta es algunas veces; 3= Si su respuesta es muchas veces.

Dicha escala está conformada por 48 preguntas que evalúan ocho tipos de respuestas de afrontamiento a circunstancias estresantes. Estas respuestas se clasifican en ocho dimensiones de seis ítems cada una, • Análisis Lógico (AL): intentos cognitivos de comprender y prepararse

mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias. • Revalorización Positiva (R): intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación. • Búsqueda de Orientación y Apoyo (BA): intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación • Resolución de Problemas (RP): intentos conductuales de realizar acciones conducentes directamente al problema. • Evitación Cognitiva (EC): intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista.

- Aceptación/Resignación (A): intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo.
- Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BG): intentos conductuales de involucrarse en actividades substitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción. • Descarga Emocional (DE): intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.

Las primeras cuatro escalas forman un primer conjunto que evalúa el afrontamiento en su faceta por aproximación focalizada en el problema y las otras cuatro escalas restantes forman un segundo conjunto que evalúa la faceta de evitación. En cada uno de estos dos grupos, las primeras dos escalas evalúan las respuestas cognitivas, y la tercer y cuarta escala las respuestas conductuales del afrontamiento. El coeficiente alpha de Cronbach del instrumento total fue elevado (.85). Los resultados obtenidos confirman que esta versión reúne condiciones psicométricas adecuadas para evaluar el afrontamiento en nuestro contexto.

-Inventario de Sintomatología Depresiva de Beck [BDI]: consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta donde los sujetos deberán marcar una sola opción, y lleva aproximadamente entre 5 y 10 minutos promedio completar dicho inventario. Las personas deben tener 13 años en adelante y deben haber cursado quinto o sexto grado académico para

comprender las consignas. Cada valor oscila de 0 a 3 y el puntaje final se obtiene por la suma directa de los puntajes correspondientes a cada síntoma y varía de 0 a 63.

Cada uno de los ítems alude a diferentes tipos de síntomas depresivos, a saber: Tristeza, Pesimismo, Sensación de Fracaso, Descontento, Culpa, Disgusto por Sí Mismo, Autoagresión, Aislamiento Social, Indecisión, Autoimagen, Dificultad para Trabajar, Fatigabilidad, Anorexia, Sensación de Castigo, Autoacusaciones, Períodos de Llanto, Irritabilidad, Disturbios en el Sueño, Pérdida de Peso, Somatizaciones y Pérdida de la Libido.

El BDI es de gran utilidad para estudiar el reconocimiento que las personas hacen de sus síntomas depresivos al momento de la toma. El mismo puede ser usado con muestras clínicas o no clínicas como en la presente investigación.

El instrumento consigna que las puntuaciones de 0 a 13 denotan sintomatología depresiva mínima, entre 14 y 19 se considera sintomatología depresiva leve, de 20 a 28 moderada y grave si supera los 29 puntos.

Respecto a la confiabilidad, la consistencia interna fluctúa de 0,73 a 0,92 con una media de 0,86 para poblaciones tanto psiquiátricos como no psiquiátricos.

Beck recomienda que no se repita la prueba ya que la confiabilidad de la misma puede ser afectada debido al factor de aprendizaje.

El instrumento presentó un Alfa de Cronbach de 0,88 y el análisis de fiabilidad de cada ítem mostró ausencia de correlaciones negativas; todas las correlaciones fueron positivas y de fuerza mediana o alta (entre 0,13 a 0,65).

- Cuestionario de variables sociodemográficas: son preguntas sociodemográficas relativas a la zona de residencia, sexo, edad, estado civil, situación ocupacional, nivel educativo y si realizan o no viajes dentro y fuera del país.

4.6 Procedimiento

En este estudio participaron, previo consentimiento informado 114 sujetos mayores de 18 años de edad, de ambos sexos que residen en la ciudad de Berazategui provincia de Buenos Aires, y pertenecientes a la localidad de Tres Algarrobos participaron 114 sujetos también mayores de 18 años de edad y de ambos sexos. Se administró: el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos – CRI (Moos, 1993 adaptación Argentina: Mikulic, 1998), el Inventario de Sintomatología Depresiva de Beck [BDI], 1978 y un cuestionario sociodemográfico.

Se entregó en mano a cada sujeto para que colabore con la investigación un protocolo que incluye, un consentimiento informado, ambos instrumentos más el cuestionario socio demográfico los cuales contienen una breve descripción introductoria y explicativa de los motivos y fines de la presente investigación como también un agradecimiento por la contribución brindada.

4.7 Análisis de datos

Los datos recopilados fueron procesados a través del software IBM-SPSS (StatisticalPackageforthe Social Sciences), versión 24.

El primer paso fue realizar la prueba de normalidad para las dimensiones de la escala de respuestas de afrontamiento y para la variable de puntaje total de la escala de Beck. El p. obtenido de todas las variables fue menor a 0.05, esto quiere decir que no se ajustan a una

distribución normal (ver Tabla 1) debido a esto se utilizaron prueba estadísticas no paramétricas para las correlaciones (Rho de Spearman) y para las comparaciones de grupo (U the Mann Whitney).

Tabla 1. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Variables	P.
Análisis Lógico	.000
Revalorización Positiva	.000
Búsqueda de Apoyo/ Orientación	.001
Resolución a Problemas	.000
Evitación Cognitiva	.001
Aceptación/ Resignación	.000
Búsqueda de Gratificaciones	.007
Descarga Emocional	.003
Sintomatología Depresiva	.000

Capítulo V

5 RESULTADOS

Para responder al objetivo general el cual consistió en analizar si existe relación entre la sintomatología depresiva y las respuestas de afrontamiento y comparar estas variables entre los individuos que viven en zona rural y urbana se plantearon diferentes objetivos específicos.

5.1 Describir las dimensiones de afrontamiento y el puntaje total de sintomatología depresiva según la zona en la que viven.

En cuanto a las medias y desvíos de las dimensiones de afrontamiento según las zona en la que viven los individuos de la muestra, se obtuvo que en la dimensión análisis lógico la media fue de 9,39 en los habitantes de zona rural y $M = 10,56$ en los habitantes de zona urbana, mientras que los desvíos fueron de 4,61 para la zona rural y 4,03 para la zona urbana. Las medias y desvíos de revalorización positiva fueron $M=11,20$ ($D=4,61$) en zona rural y $M=11,93$ ($D=4,08$) en zona urbana. En la dimensión búsqueda de apoyo la media fue de 10,03 para la zona rural y $M= 9,73$ para la zona urbana y los desvíos respectivamente de $D= 4,57$ y $D=4,11$. En la zona rural se halló que en la dimensión resolución de problemas la media fue de 10,80 y el desvío de 4,72 y para la zona urbana la $M=11,47$ y el $D=4,64$. Para la dimensión evitación cognitiva las medias y los desvíos fueron de $M=9$ ($D=4,03$) para la zona entendida como rural y una $M=9,54$ ($D=4,53$) para la zona urbana. En lo que respecta a la dimensión aceptación/resignación la media fue de 9,54 para la zona rural y 9,38 para la zona urbana mientras que los desvíos fueron para la zona rural de 4,12 y 4,13 para la zona urbana. La dimensión búsqueda de gratificaciones alternativas arrojó una media de 9,89 para la zona rural y para la zona urbana una media de 10,11, los desvíos fueron de 4.30 para la zona rural y 4,14 para la zona catalogada como urbana. La última dimensión del inventario de respuestas de

afrontamiento, descarga emocional para la zona rural, arrojó una media de 7,66 y una M= 7,84 para la zona urbana mientras que los desvíos para ambas zonas fueron de 3,92. En cuanto a la sintomatología depresiva se halló que la media para la zona urbana fue de 9,58 y de 8,06 para la zona urbana y los desvíos de 7,89 y 7,75 respectivamente (ver Tablas 2 y 3).

Tabla 2. Medias y desvíos de las dimensiones de afrontamiento y sintomatología depresiva en zona rural.

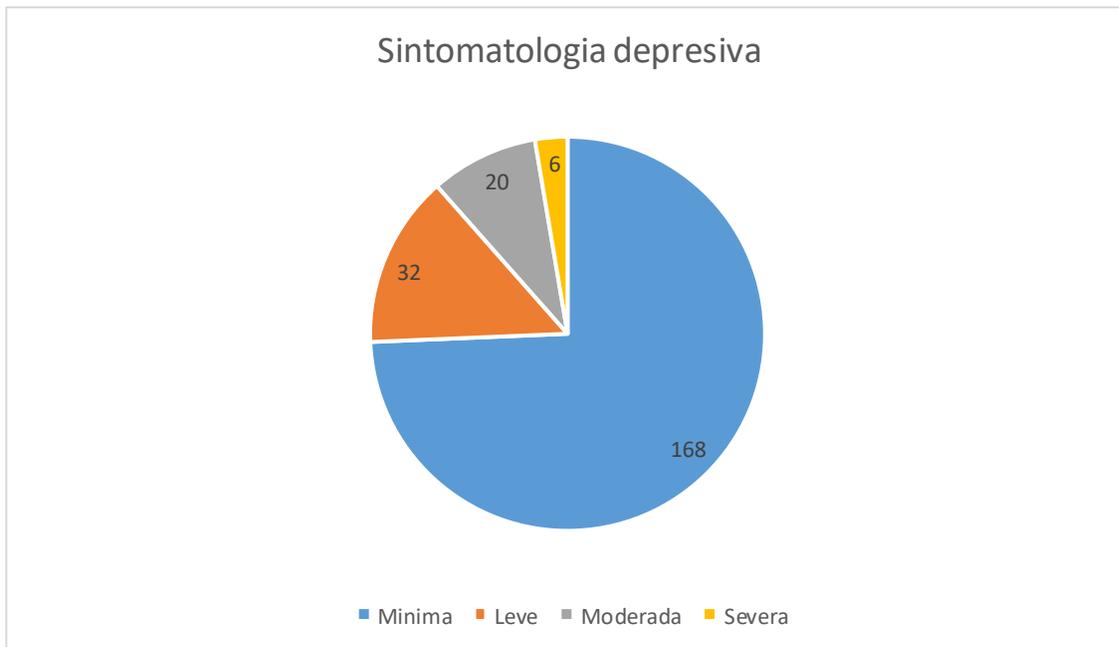
Variab les	M	D
Análisis lógico	9,39	4,61
Revalorización Positiva	11,20	4,40
Búsqueda de Apoyo	10,03	4,57
Resolución de Problemas	10,80	4,72
Evitación Cognitiva	9	4,03
Aceptación/Resignación	9,54	4,12
Búsqueda de Gratificaciones	9,89	4,30
Descarga Emocional	7,66	3,92
Sintomatología Depresiva	9,58	7,89

Tabla 3. Medias y desvíos de las dimensiones de afrontamiento y sintomatología depresiva en zona urbana.

VARIABLES	M	D
Análisis Lógico	10,56	4,03
Revalorización Positiva	11,93	4,08
Búsqueda de Apoyo	9,73	4,11
Resolución de Problemas	11,47	4,64
Evitación Cognitiva	9,54	4,53
Aceptación/Resignación	9,38	4,13
Búsqueda de Gratificaciones	10,11	4,14
Descarga Emocional	7,84	3,92
Sintomatología Depresiva	8,06	7,75

Por otra parte se tuvo en cuenta la división de sintomatología depresiva dividida en rangos, del total de la muestra 168 poseen síntomas depresivos mínimos, 32 síntomas leves, 20 síntomas moderados y en 6 individuos se encontró sintomatología depresiva severa (ver Gráfico 2).

Grafico 2. Sintomatología depresiva por rangos.



5.2 Analizar si las distintas respuestas de afrontamiento se correlacionan con la sintomatología depresiva.

En lo que respecta a la sintomatología depresiva y las dimensiones de afrontamiento análisis lógico, búsqueda de apoyo/orientación y búsqueda de gratificaciones alternativas no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ellas. Por otro lado si se encontró una correlación estadísticamente significativa y negativa entre sintomatología depresiva y las dimensiones revalorización positiva (P. ,044) y resolución de problemas (P. ,001), esto significa que mientras estas dos dimensiones suban la sintomatología depresiva va a bajar y viceversa. Entre las dimensiones evitación cognitiva, aceptación/resignación y descarga emocional se hallaron relaciones positivas con la sintomatología depresiva, esto implica que mientras estas dimensiones suban la sintomatología depresiva también va a subir (ver Tabla 4).

Tabla 4. Relación entre sintomatología depresiva y las dimensiones de afrontamiento.

Variables	Rho	P.
Análisis lógico	-,01	,861
Revalorización Positiva	-,13	,044
Búsqueda de Apoyo/Orientación	-,05	,393
Resolución de Problemas	-,21	,001
Evitación Cognitiva	,33	,000
Aceptación / Resignación	,31	,000
Búsqueda Gratificaciones alternativas	-,06	,313
Descarga emocional	,24	,000

5.3 Analizar si las distintas respuestas de afrontamiento se correlacionan con la sintomatología depresiva diferenciando la zona en la que vivan.

En este objetivo se propuso analizar si existen relaciones entre la sintomatología depresiva y las dimensiones de afrontamiento según la zona en la que habitan los individuos de la muestra. En las personas que habitan en zona rural se halló una relación significativa y positiva entre las dimensiones evitación cognitiva y aceptación/resignación con sintomatología depresiva, en el caso de las personas que viven en zona urbana también se encontraron dichas relaciones, pero a diferencia de las personas que viven en zona rural, se encontró una relación negativa con la dimensión descarga emocional (P. ,000) y una relación positiva con la dimensión resolución de problemas (ver Tablas 5 y 6).

Tabla 5. Relación entre sintomatología depresiva y las dimensiones de afrontamiento en zona rural.

Variables	Rho	P.
Evitación Cognitiva	,35	,000
Aceptación/Resignación	,32	,000

Tabla 6. Relación entre sintomatología depresiva y las dimensiones de afrontamiento en zona urbana.

Variables	Rho	P.
Resolución de Problem	-,22	,015
Evitación Cognitiva	,34	,000
Aceptación/Resignación	,30	,001
Descarga Emocional	,36	,000

5.4 Comparar las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva en individuos que viven en zonas rurales y zonas urbanas.

En el siguiente objetivo se propuso comparar las dimensiones correspondientes a las estrategias de aproximación focalizada en el problema y las dimensiones que conforman las estrategias de evitación. No se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de afrontamiento, ni tampoco en la sintomatología depresiva según la zona donde habitan los integrantes de la muestra (ver Tabla 7).

Tabla 7. Comparación de sintomatología depresiva y dimensiones de afrontamiento entre zona rural y urbana

Variab les	Z	P.
Análisis Lógico	-1,76	,078
Revalorización Positiva	-1,18	,235
Búsqueda de Apoyo	-,54	,589
Resolución de problemas	-1,09	,274
Evitación Cognitiva	-1,06	,288
Aceptación/Resignación	-,39	,694
Búsqueda de Gratificaciones	-,18	,856
Descarga Emocional	-,39	,696
Sintomatología Depresiva	-1,64	,099

5.5 Comparar los puntajes de sintomatología depresiva y las respuestas de afrontamiento en función de su sexo, edad y entre las personas que viajaron o no dentro y fuera del país en el último año.

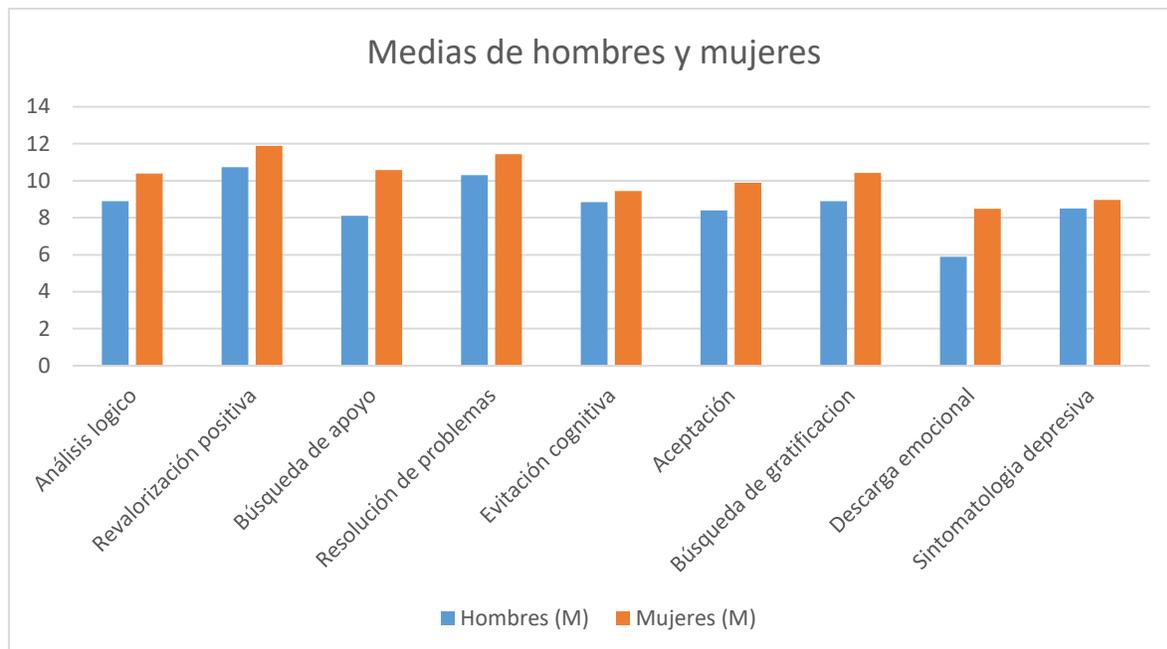
Comparación de la muestra total según el sexo.

En cuanto a la comparación entre hombres y mujeres del total de la muestra se encontraron diferencias significativas en 5 de las dimensiones de respuestas de afrontamiento. En estas dimensiones: análisis lógico, búsqueda de apoyo, aceptación/resignación, búsqueda de gratificaciones alternativas y descarga emocional se encontraron puntuaciones más elevadas en las mujeres (ver Tabla 8 y grafico 3). Por otra parte no se encontró una diferencia significativa en la sintomatología depresiva respecto de los sujetos de sexo femenino y masculino.

Tabla 8. Comparación del total de la muestra según el sexo.

Variables	Hombres rango promedio	Mujeres rango promedio	Z	P.
Análisis Lógico	100,39	119,89	-2	,045
Búsqueda de Apoyo	87,57	123,93	-3,75	,000
Aceptación/Resignación	96,33	121,44	-2,57	,010
Búsqueda de Gratificac.	97,98	120,81	-2,34	,019
Descarga Emocional	82,55	126,70	-4,53	,000

Gráfico 3. Comparación de las respuestas de afrontamiento según el sexo



Comparación según el sexo diferenciando la zona donde viven

En las respuestas de afrontamiento comparándolas con el sexo de los individuos que habitan en zona rural y en zona urbana se encontró que las mujeres tienen una puntuación mayor que la de los hombres en las dimensiones búsqueda de apoyo y descarga emocional; y si bien las

dimensiones análisis lógico, búsqueda de gratificaciones alternativas y aceptación/resignación también puntuaron más alto las mujeres que los hombres, sólo la dimensión aceptación/resignación se halló en la zona catalogada como urbana (ver Tabla 9 y 10). Respecto a la sintomatología depresiva en comparación con el sexo de ambas zonas no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 9. Comparación según el sexo en zona rural

Variab les	Hombres rango promedio	Mujeres rango promedio	Z	P.
Análisis Lógico	45,78	61,68	-2,26	,023
Búsqueda de Apoyo	41,08	63,36	-3,17	,001
Búsqueda de Gratif.	42,63	62,81	-2,87	,004
Descarga Emocional	44,45	62,16	-2,52	,011

Tabla 10. Comparación según el sexo en zona urbana

Variab les	Hombres rango promedio	Mujeres rango promedio	Z	P.
Búsqueda de Apoyo	46,81	61,02	-2,08	,037
Aceptación/Resignación	48,11	61,33	-1,94	,052
Descarga Emocional	38,94	65,06	-3,84	,000

Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva según la edad

Al comparar toda la muestra entre las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva con las edades, se detectó que los individuos de menor rango etario (18-30) tienen más sintomatología depresiva que los individuos de 31-40, 41-50, 51-60 y 61-70. En cambio en la

dimensión resolución de problemas los sujetos comprendidos entre los años 41-50 y 51-60 puntuaron más alto que los de 18-30 años. Comparando las dimensiones aceptación/resignación entre los sujetos de 18-30 años con los de 41-50 años se descubrió que los primeros puntuaron más alto (63,48) y en la dimensión análisis lógico también puntuaron más alto (34,10) pero en comparación con los de 61-70 años (ver Tabla 11, 12,13 y 14). Cuando se comparó a los individuos de 31-40 años cuyo rango promedio fue de (46) y (40,80) con los de 61-70 (29,67) y 71-80 (23,20) se descubrió que los más jóvenes obtuvieron puntuaciones más elevadas en la dimensión análisis lógico pero en la dimensión resolución de problemas al compararlos con los de 51-60 años éstos puntuaron más alto (ver Tabla 15, 16 y 17). En lo que respecta a la dimensión búsqueda de apoyo se halló que los sujetos de 41-50 años en comparación con los de 51-80 años obtuvieron un rango promedio más bajo (ver Tablas 11,12,13,14,15,16,17 y 18).

Tabla 11. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 18 a 30 años y personas de 31 a 40 años.

Variab	18-30	31-40	Z	P.
	rango promedio	rango promedio		
Sintomatología Depresiva	65,90	47,90	-2,91	,004

Tabla 12. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 18 a 30 años y personas de 41 a 50 años.

Variab	18-30	41-50	Z	P.
	rango promedio	rango promedio		
Sintomatología Depresiva	64,21	49	-2,46	,014
Resolución de Problem.	45,07	62,19	-2,75	,006
Aceptación/Resignación	63,48	50,38	-2,11	,035

Tabla 13. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 18 a 30 años y personas de 51 a 60 años.

Variab	18-30	51-60	Z	P.
	rango promedio	rango promedio		
Sintomatología Dep	38,98	25,08	-2,80	,005
Resolución de Probl.	30	42,24	-2,46	,014

Tabla 14. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 18 a 30 años y personas de 61 a 70 años.

Variab	18-30	61-70	Z	P.
	rango promedio	rango promedio		
Análisis Lógico	34,10	23,58	-2,11	,034

Tabla 15. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 31 a 40 años y personas de 51 a 60 años.

Variab les	31-40 rango promedio	51-60 rango promedio	Z	P.
Resolución Problem.	42,55	55,10	-2,02	,042

Tabla 16. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 31 a 40 años y personas de 61 a 70 años.

Variab les	31-40 rango promedio	61-70 rango promedio	Z	P.
Análisis Lógico	46	29,67	-2,52	,012

Tabla 17. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 31 a 40 años y personas de 71 a 80 años.

Variab les	31-40 rango promedio	71-80 rango promedio	Z	P.
Análisis Lógico	40,82	23,20	-2,35	,018

Tabla 18. Comparación de las dimensiones de afrontamiento y la sintomatología depresiva entre personas de 41 a 50 años y personas de 51 a 60 años.

Variab les	41-50 rango promedio	51-60 rango promedio	Z	P.
Búsqueda de Apoyo	43,09	55,64	-2,01	,044

Comparación entre personas que viajaron dentro del país en el último año y las que no viajaron según la zona en la que habitan

Por otra parte al comparar los sujetos que viajaron dentro del país con las variables de afrontamiento y la sintomatología depresiva se obtuvo que en la zona rural aquellos sujetos que si viajan dentro del país tienen menos sintomatología depresiva y puntúan más alto en las dimensiones: análisis lógico, revalorización positiva, resolución de problemas y búsqueda de gratificaciones alternativas, que los que no viajan dentro de la Argentina (ver Tabla 19). En cuanto a la zona urbana no se detectó diferencia significativa alguna ni en sintomatología depresiva ni en ninguna de las dimensiones de las respuestas de afrontamiento.

Tabla 19. Comparación entre personas que viajaron dentro del país en el último año y las que no viajaron de zona rural.

Variables	SI	NO	Z	P.
	rango promedio	rango promedio		
Sintomatología Depr	53,36	78,18	-2,94	,003
Análisis Lógico	51,29	41,37	-2,38	,017
Revalorización Posit	60,65	44,61	-1,92	,054
Resolución de Prob	61,63	39,66	-2,63	,008
Búsqueda de Gratif	61,03	42,68	-2,19	,028

Comparación entre personas que viajaron fuera del país en el último año y las que no viajaron según la zona en la que habitan

Ahora bien, al centrar la comparación entre los individuos que viajan fuera del país tanto en la zona rural (34,67) como en la zona urbana (45,17) con la variable sintomatología depresiva se encontró que los sujetos que si viajaron fuera del país tienen menos sintomatología depresiva

que aquellos que no viajaron fuera del país, dando como resultado un puntaje menos elevado para la zona rural 60,17 y un puntaje de 63,30 para los de la zona urbana (ver Tabla 20 y 21).

Tabla 20. Comparación entre personas que viajaron fuera del país en el último año y las que no viajaron en zona rural

Variab les	SI rango promedio	NO rango promedio	Z	P.
Sintomatología Depresiva	34,67	60,19	-2,53	,011

Tabla 21. Comparación entre personas que viajaron fuera del país en el último año y las que no viajaron en zona urbana

Variab les	SI rango promedio	NO rango promedio	Z	P.
Sintomatología Depresiva	45,17	63,30	-2,86	,004

Capítulo VI

6 CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

El presente estudio ha explorado la relación entre la sintomatología depresiva y las respuestas de afrontamiento y ha comparado éstas variables con individuos que viven en la localidad de Tres Algarrobos y aquellos que viven en la ciudad de Berazategui y también las ha comparado en función de su sexo, edad y entre las personas que viajaron dentro y fuera del país.

Al describir las dimensiones de las respuestas de afrontamiento, los resultados sugieren que la muestra total (228 individuos) tiende a puntuar más alto, en mayor medida en las estrategias que se focalizan en el problema y que reflejan los estresores cognitivos y conductuales para resolverlos; al igual que este estudio los autores Griffith, Dubow e Ipoólito (2000) ponen de manifiesto que el afrontamiento centrado en el problema disminuye el malestar psicológico.

En lo que respecta a la sintomatología depresiva no se encontró significación estadística en cuanto a la diferenciación del territorio en el que viven los sujetos de la muestra, ni tampoco se hallaron diferencias significativas respecto al sexo, en este caso no hay indicios que indiquen que las mujeres tengan más sintomatología depresiva que los hombres, esto marca una diferencia con la investigación realizada por Fernandez, C. (2006) donde halló que la prevalencia es moderadamente elevada en el caso de las mujeres.

Al analizar si existe o no correlación entre la sintomatología depresiva y las respuestas de afrontamiento se observó que mientras las dimensiones revalorización positiva y resolución de problemas suben la sintomatología depresiva baja y cuando estas dos estrategias de aproximación focalizada en el problema bajan, aumentan los síntomas depresivos. Esto implica que la significación que se halló es inversa. En cambio, las estrategias que tienden a estar

centradas en una emoción para evitar pensar en un suceso estresante como la evitación cognitiva, la aceptación/resignación y la descarga emocional, se relacionan de manera positiva con la sintomatología depresiva, es decir si alguna de estas dimensiones baja también bajan los síntomas depresivos y lo mismo sucede a la inversa. Por lo tanto se habla de una relación positiva entre estas variables. A sí mismo, al relacionar las respuestas de afrontamiento y la sintomatología depresiva con los habitantes de Tres Algarrobos y los habitantes de la ciudad de Berazategui se descubrió que tanto la evitación cognitiva como la aceptación/resignación mantienen una relación positiva; pero a diferencia de la zona rural, la zona urbana presenta una relación negativa en la dimensión resolución de problemas y positiva en la dimensión descarga emocional, esto condice con Vázquez, (1996) quien ha sostenido que los sujetos que padecen sintomatología depresiva emplean estrategias de evitación y descarga emocional.

Al comparar por zonas las estrategias focalizadas en el problema y las estrategias de evitación con los síntomas depresivos se encontró que no existe ninguna significación estadística, por lo tanto el lugar de residencia no es un factor que determine si un sujeto posee más o menos síntomas depresivos ni si utiliza más o menos unas estrategias que otras.

En este estudio se detectó que las mujeres se preparan mentalmente realizando esfuerzos cognitivos lógicos para resolver una situación estresante, buscan información y apoyo en otras personas cuando se encuentran sometidas a un estresor, se resignan a través de intentos cognitivos para aceptar un problema, se involucran en actividades y crean nuevas fuentes de satisfacción para sobreponerse a un suceso estresante a través de intentos conductuales y reducen la tensión expresando sentimientos negativos, permitiéndoles de esta manera realizar descargas emocionales cuando se encuentra atravesando alguna situación problemática que les genere estrés, a diferencia de los hombres. Al hacer la distinción entre los sujetos que viven en zona

rural y zona urbana se detectó que ambos utilizan las dimensiones búsqueda de apoyo y descarga emocional mientras que solo los habitantes de Tres Algarrobos utilizan, además de los mencionados, el análisis lógico y la búsqueda de gratificaciones alternativas, otra diferencia zonal es que en la ciudad de Berazategui reaccionan con intentos cognitivos para aceptar el problema, dimensión que no aparece en la zona rural, en todos estos casos son las mujeres quienes tienen una prevalencia más elevada respecto de los hombres.

Un dato que llama poderosamente la atención es que los más jóvenes (18-30) de la muestra son los que tienen más sintomatología depresiva respecto de las personas de 31 años a 60 años. Este estudio tiene semejanza con la investigación realizada por Fistorazzi Acosta, et al. (2008) donde queda establecido que en una población rural de Argentina, el 24 % de los adolescentes presentan depresión. Estos datos son de gran importancia ya que, al detectar a una temprana edad síntomas depresivos, se puede llegar a prevenir el avance de un padecimiento crónico. En la actualidad existe un gran porcentaje de jóvenes que sufren de sintomatología depresiva como tristeza profunda, desánimo, llanto frecuente, baja tolerancia a la frustración, falta de interés por actividades cotidianas y falta de crecimiento personal. Esta sintomatología preocupa tanto a familiares como a profesionales por ser los más jóvenes quienes presentan conductas disfuncionales y carecen de herramientas para afrontar situaciones y desafíos de la vida cotidiana.

La depresión además de tener un componente genético, se dispara con el estrés ambiental y en esta investigación nuevamente son los más jóvenes quienes realizan menos acciones conducentes para resolver un determinado problema en comparación con los sujetos comprendidos entre los 41 y 60 años. Por otro lado, al tener que enfrentarse a una situación estresante se observó que al compararlos con los sujetos de 41-50 años, los jóvenes tienen una

prevalencia moderadamente elevada y en la dimensión análisis lógico es bastante más elevado con respecto a los individuos de 61 a 70 años.

Otros datos obtenidos teniendo en cuenta la edad, es que las personas de 31 a 40 años utilizan en menor medida la dimensión resolución de problemas que las personas entre 51 y 60 años; pero en la dimensión análisis lógico tienen mayor preparación mental para enfrentar un estresor y sus consecuencias que los adultos comprendidos entre los 61 y 80 años. Los sujetos de la muestra que tienen entre 41 y 50 años de edad tienden a realizar menos intentos conductuales para buscar información, apoyo y orientación que los sujetos de 51 a 80 años. De esta manera se concluye que si bien la mayoría de los jóvenes de 18 a 30 años tienen más síntomas depresivos que el resto de la muestra, son los de 31 a 40 quienes resuelven de manera más lógica los sucesos estresantes de la vida diaria.

Por otro lado, se halló un dato interesante y es que los sujetos que viven en zona rural y viajan dentro del país tienen menos síntomas depresivos y puntúan más alto en las respuestas de afrontamiento: análisis lógico, revalorización positiva, resolución de problemas y búsqueda de gratificación alternativa en comparación con aquellos tresalgarrobenses que no viajaron dentro de la Argentina. Para los habitantes de la ciudad de Berazategui no hay diferencias significativamente estadísticas con los que viajaron y no viajaron dentro de país en relación a los síntomas depresivos y las respuestas de afrontamiento. Por otra parte se encontraron diferencias significativas respecto a la sintomatología depresiva, obteniendo puntuaciones más elevadas en los berazateguenses y los de zona rural, que no viajaron fuera del país en comparación con aquellos que si lo hicieron.

Por tal motivo se puede inferir que el viajar nos permite experimentar y descubrir cosas nuevas, las cuales muchas de ellas hacen que disfrutemos de la vida de forma distinta y nos

olvidemos de la rutina. Viajar nos da, en la mayoría de los casos, felicidad, nos hace conectarnos con el aquí y ahora sin tener que preocuparnos. Viajar nos permite tener nuestro cerebro sano puesto que aprender las calles, hacer un mapa mental o comunicarte en otro idioma son algunas de las actividades que estimulan nuestro cerebro a la hora de viajar, volviéndolo más plástico, creativo y con mayor capacidad de comprensión.

Moscoso, 2014 ha demostrado que los eventos estresantes de la vida diaria tienen relación con la depresión, y en este estudio se ha demostrado que el viajar reduce los síntomas depresivos, por lo tanto es conveniente tener en cuenta estos datos para futuras investigaciones y así poder profundizar más respecto a esta cuestión.

Cabe destacar que si bien las hipótesis centrales, los habitantes de Tres Algarrobos presentan mayores niveles de sintomatología depresiva que los habitantes de la ciudad de Berazategui y que los habitantes de Tres Algarrobos presentan menos respuestas de afrontamiento que aquellos que pertenecen a la ciudad de Berazategui, no fueron comprobadas, si se corrobora la hipótesis sobre la relación entre respuestas de afrontamiento y sintomatología depresiva, dando como resultado que aquellos sujetos que obtienen puntajes más elevados en sus respuestas de afrontamiento evitación cognitiva, aceptación/resignación y descarga emocional tienden a presentar más sintomatología depresiva y por otra parte se encontraron relaciones negativas entre las dimensiones revalorización positiva y resolución de problemas y la sintomatología depresiva indistintamente del lugar que habitan.

Por último cabe destacar para futuras investigaciones que sería necesario ampliar la muestra, teniendo en cuenta distintas zonas urbanas y distintas zonas rurales, también se podría indagar sobre otros factores que influyan en dichas variables, como sucedió con las diferencias encontradas en las personas que viajaron dentro y fuera del país y las que no, y tener en cuenta

estos factores protectores que disminuyan la sintomatología depresiva y fomenten respuestas de afrontamiento positivas.

Capítulo VII

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta Quiroz, C. Gonzalez, A. y Rangel, C. (2009). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología en Salud* 19 (2) 289-293.
- Aguilar Navarro, S. Ávila Funesa, J.A. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Médica de Mexico* 143 (2) 141-148.
- Arellano, S. G., y Corona, A. L. (2013). Conceptualización y medición de lo rural. Una propuesta para clasificar el espacio rural en México. México: CONAPO
- Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Englewood Clifs, N.J.:Prentice Hall.
- Baum, A., Fleming, R. y Singer, J. (1983). Coping with victimization by technological disaster. *Journal of Social Issues*, 39, 117-138.
- Beck, A. (1983/2005) *Terapia cognitiva de la depresión* (16ª ed.). Bilbao, España: Desclée de Brower.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In *Affective Disorders: Psychoanalytic Contributions to their Study*, ed. P. Greenacre. New York: Int. Univ. Press, 13-48.
- Bleichmar, E. (1991). *La depresión en la mujer* (1º Reimpresión). Buenos Aires: Ediciones Tema de Hoy.
- Billings, A. y Moos, R. (1944). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 140-153.
- Camacho Martel, L. y Anarte Ortiz, M. T. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor. *Psicothema*, 15 (3), 464-470.
- Carrobbles, J. A, Remor, E. y Rodríguez Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con infección por VIH. . *Psicothema*, 15 (3), 420-426.

- Castaño F., León del barco B.; (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology Therapy*, 10, (2) 245-257.
- Cloke, Paul J. (2006), Conceptualizing Rurality. Cloke Paul; Terry Marsden; Patrick Mooney ed. The Handbook of Rural Studies, sage Publications.
- Czernik, G., Gimenez, S., Morel, M. y Almirón, L. (2006) Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de Corrientes, Argentina. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13 (2) 64-73.
- Derruau, M. (1964). Tratado de Geografía Humana. Barcelona, España: Vicens-Vives.
- Diaz Sibaja, M. A., comeche Moreno, M. I., Mas Hesse, B., Diaz García y M., Vallejo Pareja, M. A. (2008). Enfermedad inflamatoria intestinal depresión y estrategias de afrontamiento. *Apuntes de Psicología*, 26 (1), 91-102.
- Dennys Barreda, S. (2012). Depresión y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista de Investigación en psicología*, 15 (2), 203-216.
- Esparcia, J. y Noguera, J. (2001): «Los espacios rurales en transición» en Romero, J.; Morales, A.; Salom, J. y Vera, F. (coords), La periferia emergente, Ed. Ariel, Barcelona, pp. 343-372.
- Fernández Abascal, E. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E.G. Fernandez Abascal, F. Palermo, M. Chóliz y F. Martinez. *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*, 189-206.
- Friedman, H. y Di Matteo (1989). Health Psychology, NY: Prentice Hall.
- Fleishman, J. (1984). Personality characteristics and coping paterns. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 229-244.

- Gaviria, A. M., Quiceneo, J. M, Vinaccia, S., Martínez, L. A. y Otalvaro, M. C. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad depresión en pacientes diagnosticados con HIV Sida. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 5-13.
- Giraldo Marín, L. A., Gómez Gómez, J. D. y Maestre caro, K. (2008). Niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en familiares víctimas de desaparición forzada en la ciudad de Medellín. *International Journal of psychological research*, 1 (1), 27-33.
- Griffit, M.A., Dubow, E.C. y Ippolito, M.F. (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, (2), 183-204.
- Holahan, C.J., Moos, R.H. y Risk (1987). Resistance and Psychological Distress: a longitudinal analysis whith adults and children. *Abn Psychol*, (96) 3-13.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011), Síntesis metodológica y conceptual de la infraestructura y características socioeconómicas de las localidades con menos de 5 mil habitantes del Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2011.
- Instituto Nacional de Estadística España (2010). Padrón de habitantes. Recuperado de: <https://www.ine.es>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). Censo nacional de población, hogares y viviendas (v. 1, 378 p.) Recuperado de: <https://www.indec.gob.ar>
- Joffe, W. G. y Sandler, J. (1965) Notes on pain, depression and individuation. *Psychoanal. Study Child*, 20: 394-424.
- Kendler, K. y Prescott, C. (1998). Stressful life events and major depression: Risk period, long-term contextual threat and diagnostic specificity. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 186, 661-669.

- Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. Nuevo York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1991). Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Ediciones Roca.
- Ley 10806 (1980). Argentina, La Plata 10 de agosto de 1980.
- Ley 45 (2007). Ley para el desarrollo sostenible del medio rural. Boletín Oficial del Estado N° 299. España, 14 de diciembre de 2007.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5° versión [DSM V] (2016)
- Martin, M. y Grau, J. (1994). Evaluación del enfermo con dolor crónico: orientaciones prácticas. *Revolución Psicológica de la Salud en Colombia*, (3) 66-98.
- Martin, M. (2002). La evaluación psicológica del dolor. Estrategias para nuestro medio. (Tesis doctoral), ISCMH.
- Mattlin, J., Wethington, E. y Kessler, R.C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and social Behavior*, 31, 103-122.
- Mayberg, H.S. (2004). Depression: A neuropsychiatric perspective. In J.Panksepp (Ed.), *Textbook of biological psychiatry* (pp.197-229). Hoboken, NJ: Wiley.
- Mazure, C.H. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology and science Practice*, 5, 291-313.
- Méndez, M., Ramírez, L., y Alzate, A. (2005). La práctica de la agricultura urbana como expresión de la emergencia de nuevas ruralidades: reflexión en torno a la evidencia empírica. En: Cuadernos de desarrollo rural. No. 55, Santiago de Chile, pp. 51-70.
- Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios (2011). Plan estratégico territorial Avance II: Argentina urbana.
- Mitchell, R., Cronkite, R. y Moos, R. (1983). Stress coping and depression among married couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 92,433-448.

- Moos, R. (1993). Coping Responses Inventory Psychological Assessment Resources. Inc Florida.USA.
- Moos, R., y Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes:current concepts and measures.En L. Golber y S.Breznitz (Eds.), Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. Nueva York: Kree Press, 234-57.
- Moscoso, M.S., (2014) Naturaleza de las emociones positivas en la evaluación de la depresión: una visión en psicometría. *Revista de Psicología*, 32 (2) 306-328.
- Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura FAO (1999). La agricultura urbana y periurbana. Recuperado de:
<http://www.fao.org/unfao/bodies/COAG/COAG15/X0076S.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Trastornos mentales y del comportamiento. En Organización Mundial de la Salud (Ed.), Décima revisión internacional de la clasificación internacional de enfermedades. Madrid: Editor.
- Paniagua A. y K. Hoggart (2002), “Lo rural, ¿hechos, discursos o representaciones? Una perspectiva geográfica de un debate clásico”, en *Globalización y Mundo Rural*, noviembre-diciembre (803).
- Pelchano, V. (2000). Psicología sistemática de la Personalidad. Barcelona: Ariel.
- Pennebaker, J.W. y Susman, J.R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Soc Sci Med*, (26) 327-332.
- Pertile, V. C. (diciembre de 2012). El fenómeno urbano y la situación en los pises latinoamericanos. Emplazamientos urbanos en zonas de riesgo naturales. El caso del gran resistencia. *Revista Geográfica digital*. Recuperado de:
<http://hum.unne.edu.ar/geoweb/default.htm>

- Rojas Estape M. (2018). Como hacer que te pasen cosas buenas. Barcelona. España: Espasa.
- Rubio, J. y Varas, J. (1997). El análisis de la realidad en la intervención social. Madrid, España: Editorial CCS.
- Samper, P., Tur, A.M., Mestre, V. y Cortés, M.T. (2008). Agresividad y afrontamiento en la adolescencia. Una perspectiva intercultural. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 431-440.
- Sancho, J. y Moreno, D. (2012). La delimitación del ámbito rural: una cuestión clave en los programa de desarrollo rural. *Estudios Geográfico*, 73 (273), 599-624.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Jimenez, M.P. (1995). Trastornos Psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). Manual de Psicología (pp. 401-469). Madrid: Interamericana.
- Taylor, S. (1990) Health Psychology. New York: MacGraw Hill.
- Taylor, S. (1993). Coping Styles Chronic diseases, in: D. Golberg, Brehnitz, M. (Eds). Handbook of stress. Theoretical issues and clinical applications. NY: McGraw-Hill. 219-28.
- Törestad, B., Magnusson, D. y Oláh, A. (1990). Coping, Control and experience of anxiety: An international perspective. *Anxiety Research*, 3:1-16.
- Vázquez, C. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el coping inventory of depression. *Psicología Conductual*, 4 (1), 9-28.
- Vázquez Valverde, C., Crespo López, M. y Ring. J.M. Estrategias de afrontamiento. Capítulo 31. Recuperado de:
<https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31771314/Afrontamiento.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1541616479&Signature=3wbSTiY>

Ly6jlYmOmzhQ%2Bp%2B6IP7k%3D&response-content-
disposition=inline%3B%20filename%3DAfrontamiento.pdf.

- Vieytes, R. (2004). Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad. Epistemología y técnicas. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias.
- Villalzo, P., Corona, J.P., y García, S. (2002). Urbano-rural, constante búsqueda de fronteras conceptuales. *Revista de información y análisis*, (20).

Capítulo VIII

8 ANEXOS

Anexo 1



Consentimiento Informado: Depresión y Afrontamiento al Estrés en Poblaciones Rurales

Desde la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, lo invitamos a participar en un proyecto de investigación destinado a evaluar la sintomatología depresiva y las respuestas de afrontamiento.

Usted tiene derecho a abandonar en cualquier momento si no está de acuerdo con continuar y es libre de hacerlo sin problema. La utilización de la información será de modo general y no se identificará a los participantes. Si tiene dudas sobre esta investigación puede contactar a Claudia Sachetti cuyo mail es claudiasachetti6@gmail.com

El propósito del presente estudio es investigar la sintomatología depresiva y las respuestas de afrontamiento al estrés tanto en zonas rurales como en zonas urbanas.

Se les solicitara que completen cuestionarios. La duración aproximada es de 20 minutos. Su participación es de gran importancia ya que sin su colaboración no se podría llevar a cabo los objetivos perseguidos y estará ayudando al avance de la psicología.

La información que usted provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. Cualquier duda respecto a sus derechos como participante puede ser referida al área de investigación de psicología UAI: Caechis centro de Altos Estudios en Ciencias Humanas y de la Salud.

He leído y comprendido el presente formulario.

Fecha: ____/____/20____

Firma y aclaración del participante:

Anexo 2

Cuestionario sociodemográfico

Instrucciones:

Marque con una cruz la respuesta correspondiente a su situación actual.

Datos del encuestado:

Vive en zona: Rural Urbana

Sexo: Femenino Masculino

Edad: años

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo En pareja

Situación ocupacional: Desocupado Sub-ocupado En relación de dependencia
Autónomo Empresario Jubilado

Nivel de estudios: Primario Incompleto Primario Completo Secundario Incompleto
Secundario Completo Terciario Incompleto Terciario Completo Universitario
Incompleto Universitario Completo

Durante los últimos 12 meses han Viajado dentro del país Viajado fuera del país

Anexo 3

Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos – CRI (Moos, 1993 adaptación Argentina: Mikulic, 1998).

Consigna: Este cuestionario contiene preguntas que se refieren a aquellos problemas significativos que han tenido trascendencia en su vida. Por favor, piense en los problemas más importantes o las dificultades más estresantes que le hayan sucedido en los últimos doce meses (por ejemplo, problemas con un familiar o un amigo, la enfermedad o muerte de un pariente o amigo, un accidente o enfermedad, problemas económicos o de trabajo, etc.). Elija uno de ellos y descríballo brevemente en los espacios correspondientes. Si no ha tenido ningún problema relevante, escriba una lista con los problemas menos importantes que ha enfrentado en este último tiempo y luego elija uno de ellos para relatarlo.

Describa el problema o situación:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conteste por favor, cada una de las preguntas que se refieren al problema o situación que describió anteriormente, haciendo una cruz (X) en el casillero seleccionada.

- Hacer una cruz en “N” si su respuesta es **NO**
- Hacer una cruz en “GN” si su respuesta es **GENERALMENTE NO**
- Hacer una cruz en “GS” si su respuesta es **GENERALMENTE SI**
- Hacer una cruz en “S” si su respuesta es **SI**

	No	GN	GS	Si
1 ¿Tuvo que enfrentar un problema como este antes?				
2 ¿Sabía que este problema le iba a pasar?				
3 ¿Tuvo tiempo para prepararse para enfrentar este problema?				
4 Cuando sucedió este problema, ¿pensó en él como un amenaza?				
5 Cuando sucedió este problema, ¿pensó en él como un desafío?				
6 Este problema, ¿fue causado por algo que Ud. hizo?				
7 Este problema, ¿fue causado por algo que alguien hizo además de usted?				
8 ¿Hubo algo positivo al enfrentar este problema?				
9 ¿Se resolvió este problema o situación?				
10 Si el problema está resuelto, ¿se resolvió en forma favorable para Ud.?				

Ahora, por favor responda de la siguiente manera:

- 0 Si su respuesta es **NUNCA**
- 1 Si su respuesta es **UNA O DOS VECES**
- 2 Si su respuesta es **ALGUNAS VECES**
- 3 Si su respuesta es **MUCHAS VECES**

	0	1	2	3
1 ¿Pensó en diferentes formas de solucionar estos problemas?				
2 ¿Se dijo cosas a sí mismo/a para sentirse mejor?				
3 ¿Habló con su esposa/o u otro familiar sobre estos problemas?				
4 ¿Hizo un plan de acción para enfrentar esos problemas y lo cumplió?				
5 ¿Trató de olvidar todo?				
6 ¿Sintió que el paso del tiempo cambiará las cosas, que esperar era lo único que podía hacer?				
7 ¿Trató de ayudar a otros a enfrentar problemas similares?				
8 ¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado/a,deprimido/a, bajoneado/a o triste?				
9 ¿Trató de salir de la situación como para verla desde afuera y ser más objetivo?				

10 ¿Se dijo a Ud. mismo/a que as cosas podían ser peores?				
11 ¿Habló con algún amigo de estos problemas?				
12 ¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?				
13 ¿Trató de evitar pensar en el problema?				
14 ¿Se dio cuenta que no tenía control sobre los problemas?				
15 ¿Se dedicó a nuevas actividades, como nuevos trabajos o distracciones?				
16 ¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?				
17 ¿Se imaginó una y otra vez que decir o hacer?				
18 ¿trató de ver el lado positivo a la situación?				
19 ¿Habló con algún profesional (médico, sacerdote, etc.?)				
20 ¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?				
21 ¿Se imaginó o soñó un tiempo o lugar mejor del que usted vivía?				
22 ¿Pensó que el tiempo se ocuparía de todo?				
23 ¿Trató de hacer nuevos amigos?				
24 ¿Se mantuvo alejado de la gente en general?				

25 ¿Trató de prever o de anticiparse a cómo resultaría todo?				
26 ¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?				
27 ¿Buscó la ayuda de personas o de grupos con los mismos problemas?				
28 ¿Trató de resolver los problemas, al menos de dos formas diferentes				
29 ¿Evitó pensar en el problema, aun sabiendo que en algún momento debería pensar en él?				
30 ¿Aceptó los problemas porque pensó que nada se podía hacer?				
31 ¿Leyó, miro televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?				
32 ¿Gritó como forma de desahogarse?				
33 ¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esta situación?				
34 ¿Trató de decirse a sí mismo/a que las cosas mejorarían?				
35 ¿Trató de averiguar más sobre esa situación?				
36 ¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo/a?				
37 ¿deseo que los problemas hubieran desaparecido o pasado?				

38 ¿Esperó que sucediera lo peor?				
39 ¿Le dedicó más tiempo a actividades recreativas?				
40 ¿Lloró y descargó sus sentimientos?				
41 ¿Trató de prever o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían?				
42 ¿Pensó cómo podrían estos sucesos cambiar su vida en un sentido positivo?				
43 ¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?				
44 ¿Tomó las cosas de a una por vez?				
45 ¿Trató de negar lo serio que eran en realidad, los problemas?				
46 ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?				
47 ¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo ayudaran a enfrentar las cosas?				
48 ¿Hizo algo que pensó que no iba a funcionar, pero por lo menos intentó hacer algo?				

Anexo 4

Consigna: Este es un cuestionario en el que hay grupos de enunciados. Lea todo el grupo de enunciados de cada categoría. Elija después, de cada grupo, el enunciado que mejor describa su estado de ánimo hoy, es decir, en este momento. Marque con una "X" en el casillero que está junto al enunciado elegido. Debe marcar una sola opción por cada categoría. Asegúrese que ha leído todos los enunciados antes de elegir.

A
Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
Me siento siempre triste y no puedo animarme.
Ya no encuentro satisfacción en nada.
No me siento triste.
B
No tengo esperanzas para el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar.
Creo que no tengo nada que esperar.
Me siento desanimado con respecto al futuro.
No me siento especialmente pesimista o desanimado con respecto al futuro.
C
Creo que como persona soy un completo fracaso (padre, marido, mujer, etc.)
Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver es una sucesión de fracasos.
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
No me considero un fracaso.
D
Estoy descontento con todo.
Ya no encuentro satisfacción en nada.
No encuentro en las cosas el mismo placer que antes.
No estoy especialmente descontento.
E
Me siento como si fuera muy malo e inservible.

	Me siento culpable.
	Muchas veces me siento malo e inservible.
	No me siento especialmente culpable.
	F
	Me odio.
	Estoy disgustado conmigo mismo.
	Me siento decepcionado conmigo mismo.
	No me siento decepcionado conmigo mismo.
	G
	Me mataría si tuviera la oportunidad.
	Tengo planes definidos para suicidarme.
	Creo que sería mejor que me muriera.
	No tengo ideas de autoagresión.
	H
	He perdido todo interés en los demás y no me importa nada.
	He perdido la mayor parte de mi interés en los demás y me importa poco de ellos.
	Estoy menos interesado que antes en los demás.
	No he perdido interés en los demás.
	I
	No puedo tomar decisiones en absoluto.
	Tengo dificultad para tomar decisiones.
	Trato de postergar la toma de decisiones.
	Tomo decisiones tan bien como antes.
	J
	Me parece que soy horrible o de apariencia repulsiva.
	Creo que se han producido cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo.
	Me preocupa el envejecer o tener un aspecto poco atractivo.
	No creo que tenga peor aspecto que antes.

K	
	No puedo trabajar en absoluto.
	Tengo que forzarme mucho para hacer algo.
	Me exige un esfuerzo extra el comenzar a hacer algo.
	Puedo trabajar tan bien como antes.
L	
	Me siento demasiado fatigado para hacer algo.
	Me canso al hacer cualquier cosa.
	Me canso más fácilmente que antes.
	No me canso más que antes.
M	
	No tengo absolutamente nada de apetito.
	Mi apetito ha disminuido mucho.
	No tengo apetito como antes.
	Mi apetito no ha disminuido.
N	
	Siento que merezco ser castigado.
	Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.
	Siento que algo puede sucederme.
	No me siento castigado.
O	
	Me culpo por todo lo malo que pasa.
	Me culpo por mis faltas.
	Me critico por mi debilidad o mis errores.
	No estoy decepcionado conmigo mismo.
P	
	Antes lloraba. Ahora no puedo aunque quisiera.
	Lloro todo el tiempo.
	Lloro más que antes.

	No suelo llorar más de lo normal.
	Q
	No me irrito por las cosas que solía irritarme antes.
	Me siento irritado todo el tiempo.
	Me irrito o me enojo más fácilmente de lo que solía hacerlo.
	No estoy más irritado ahora de lo que puedo estar.
	R
	Me levanto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas.
	Me levanto 1 o 2 horas más temprano que antes y me cuesta volver a dormir.
	Me levanto por la mañana más cansado que habitualmente.
	Puedo dormir tan bien como antes.
	S
	He perdido más de 7 kilos.
	He perdido más de 5 kilos.
	He perdido más de 2 kilos y medio.
	Últimamente no he perdido nada, o casi nada de peso.
	T
	Me absorbe completamente el pensamiento de cómo me siento.
	Estoy tan preocupado pensando cómo me siento o qué es lo que siento que me resulta difícil pensar en otra cosa.
	Me preocupan los dolores o los malestares estomacales o la constipación.
	No me preocupo más de lo habitual por mi salud.
	U
	He perdido totalmente mi interés por el sexo.
	Estoy mucho menos interesado en el sexo actualmente.
	Estoy menos interesado en el sexo que antes.
	No he notado ningún reciente cambio en cuanto a mi interés por el sexo.