

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

La aserción encubierta como estrategia para disminuir el estrés y la ansiedad en personas de la tercera edad las cuales se encuentran jubiladas.

Proyecto de investigación

Brigitte Alejandra Valenzuela Beltrán

Licenciatura en Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en Psicología

Quito, 17 de diciembre de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

La aserción encubierta como estrategia para disminuir el estrés y la ansiedad en personas de la tercera edad las cuales comienzan la transición a la jubilación.

Brigitte Alejandra Valenzuela Beltrán

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Cristina Crespo, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 17 de diciembre de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombres y apellidos:

Brigitte Alejandra Valenzuela Beltrán

Código:

00125586

Cédula de Identidad:

1718557760

Lugar y fecha:

Quito, 17 de diciembre de 2018

RESUMEN

El estrés y la ansiedad son estados de ánimo que todas las personas experimentan durante toda su vida, pero al llegar a ser un adulto mayor estos dos estados de ánimo pueden llegar a afectar la salud psicológica y física de la persona, por lo diversos cambios que este está atravesando como lo es la jubilación. Este proyecto de investigación se enfocará en una técnica usada en terapia para eliminar el estrés y la ansiedad que produce algunos pensamientos negativos; La técnica de aserción encubierta tiene el objetivo de ayudar a reducir la ansiedad y el estrés que produce la jubilación. El objetivo de este estudio es tomar toda la información que tengamos a la mano sobre la técnica de aserción encubierta y cuál es el uso fundamental en terapia para reducir el estrés y la ansiedad de las personas de la tercera edad que se encuentran jubiladas. Se sugiere medir los efectos con escalas especializadas, tomando en cuenta al grupo humano seleccionado para esta investigación. Se espera que la técnica de aserción encubierta ayude a reducir los niveles de estrés y ansiedad en las personas de la tercera edad que se encuentran jubiladas.

Palabras clave: jubilación, tercera edad, estrés, ansiedad, depresión, técnica de aserción encubierta, terapia.

ABSTRACT

Stress and anxiety are states of mind that all people experience throughout their lives, but when they become an adult these two states of mind can affect the psychological and physical health of the person, due to the various changes This is going through like retirement is. However, there is little research on the true effect of retirement on the elderly. In this case, this research project will focus on a technique used in therapy to eliminate stress and anxiety produced by some negative thoughts; This covert assertion technique aims to help reduce the anxiety and stress of retirement. The objective of this study is to take all the information we have on hand about the technique of covert assertion and what is the fundamental use in therapy to reduce the stress and anxiety of seniors who are retired. It is suggested to measure the effects with specialized scales, taking into account the human group selected for this investigation. It is expected that the covert assertion technique used in therapy will help reduce stress and anxiety levels in retired seniors.

Key words: retirement, old age, anxiety, depression, covert assertion technique, therapy.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Antecedentes.....	9
Problema.....	10
Pregunta.....	11
Significado del estudio.....	12
Revisión de la literatura.....	13
Fuentes.....	13
Formato de revisión de literatura.....	13
El adulto mayor.....	13
Jubilación.....	15
Depresión.....	19
Ansiedad.....	22
Estrés	24
Técnica de aserción encubierta.....	26
Metodología.....	30
Participantes.....	31
Herramientas de Investigación Utilizadas.....	31
Procedimiento de recolección y Análisis de Datos.....	32
Consideraciones Éticas.....	33
Resultados esperados.....	34
Discusión.....	37
Limitaciones del Estudio	39
Recomendaciones para futuros estudios.....	39
Referencias.....	41
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....	49
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....	50
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información.....	51

INTRODUCCIÓN

El estrés suele asociarse a un estado patológico, pero para el ser humano esta reacción ante una situación de amenaza o una excesiva demanda, puede ayudar a la supervivencia (Leira, M, 2012). El término de estrés se utiliza en diferentes sentidos, los cuales van desde el sentirse enfermo hasta un estado de ansiedad (Leira, M, 2012). El estrés no es un trastorno de salud sino la respuesta a un daño físico y emocional (Organización Internacional del Trabajo, 2018). Selye (1936) utiliza por primera vez el término “estrés”, para definirlo como *“una respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier solicitud”* (Selye, 1936, pág. 230). Para la OIT, el estrés es la respuesta física y emocional causada por un desequilibrio entre recursos y capacidades percibidas de una persona para hacer frente a exigencias (Organización Internacional del Trabajo, 2018).

Desde un enfoque cognitivo, se puede decir que la experiencia subjetiva del estrés por parte del individuo es lo que compone realmente al estrés (Pieró & Lira, 2013). Dicha experiencia al combinarse con la apreciación primaria sobre la existencia de una amenaza en el entorno y con la apreciación secundaria, la cual consiste en la percepción de la idea de eliminación o dificultad de esa amenaza, dicha combinación forma el estrés, el cual viene acompañado de emociones y de intentos para afrontar las situaciones (Pieró & Lira, 2013).

La definición de estrés dada por Selye (1974) y sus investigaciones sobre el mismo tema condujeron a estudios relacionados a funciones cerebrales que son activadas cuando el individuo experimenta estrés (Selye, 1974). A partir de este estudio Selye definió a los factores estresantes como las situaciones desencadenantes de una respuesta fisiológica y psicológica del organismo (Selye, 1974). Un factor estresante puede ser una condición biológica, medioambiental o un estímulo externo. El estrés puede referirse a condiciones

negativas o positivas las cuales responden a factores estresantes que pueden tener un impacto en la salud mental o física (Organización Internacional del Trabajo, 2018).

El estrés puede producir cambios negativos y positivos (Durán, 2010). Esto deriva en dos tipos de estrés: El primer tipo de estrés es el positivo, conocido como eustrés, el cual nos estimula a enfrentar problemas, permite que tengamos iniciativa y respondamos eficazmente a aquellas situaciones que requieren de nuestra atención (Vales, 2009). El eustrés se genera cuando damos respuestas controladas que nos permiten una mejor adaptación al medio ambiente (Vales, 2009). Por otra parte, el estrés negativo o distrés es el que se produce frente a un exceso de problemas o situaciones que salen de nuestro control, las cuales provocan que el estrés se prolongue, generando una sobrecarga en la persona (Durán, 2010).

Se ha evidenciado que algunas enfermedades tienen una relación directa o indirecta con el estrés, algunas de estas enfermedades son: insomnio, depresión, ansiedad y enfermedades neurodegenerativas (Leira, M, 2012). Diversos estudios psicológicos han encontrado al estrés en procesos de enfermedades, en la ansiedad y la depresión (Leira, M, 2012). La ansiedad es parte de la existencia y adaptación del ser humano, además de ser una respuesta adaptativa a nuestro entorno (Ayuso, 1988), pero en exceso es precursora de muchas de las enfermedades mentales descrita por la Asociación Estadounidense de Psicología. (APA) (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). La combinación del estrés y la ansiedad, incluyen una mezcla de manifestaciones psicológicas como físicas, las cuales son producidas debido a amenazas reales, situaciones ambientales o problemas que se generan alrededor del individuo (Bulbena, A, 1986). Dicha combinación puede ser destructiva para el individuo, ya que esta causaría daños físicos y psicológicos (Ayuso, 1988).

Antecedentes

El estrés en adultos mayores

La Organización de Naciones Unidas menciona que en 1950 había 200 millones de personas de más de 60 años en el mundo, en 1975 aumentó a 350 millones, en el 2000 era de 590 millones y se estima que para el 2025 habrán 1100 millones de personas con más de 59 años que constituirán el 13.7% de la población mundial (ONU, 2018). La esperanza de vida individual ha aumentado; según datos internacionales de la OMS (Organización Mundial de la Salud) el Ecuador tiene una esperanza de vida de 76.2 años, lo que quiere decir que cada vez más aumenta la población de los adultos mayores y por lo tanto la jubilación puede alargarse más de lo que ha venido aconteciendo en años anteriores (OMS, 2018). Este nuevo aumento en la población mayor ha generado incertidumbre en las personas pertenecientes a la tercera edad, ya que la jubilación y los nuevos estereotipos que esta etapa podría traer, pone en constante estrés y ansiedad a la población de este grupo etario (Galbán, Sanso, Díaz-Canel, Carrasco, & Oliva, 2006) (ONU, 2018).

Como ya se mencionó, el estrés y la ansiedad forma parte de nuestras vidas, ya que estos dos elementos se encuentran presentes tanto en jóvenes como en adultos (Bermejo, Calvo, & Ramirez, 2001), todos los seres humanos enfrentan situaciones que son desafiantes y difíciles de sobrellevar (Ayuso, 1988). Podemos decir que el estrés y la ansiedad se encuentran presentes en todas las etapas del desarrollo del ser humano, y la vejez no es la excepción (Battistella, 2018). Esta etapa también es denominada como la tercera edad en la cual se dan muchos cambios sociales, físicos, psicológicos, económicos, laborales, etc. (Battistella, 2018). Uno de los cambios sociales y económicos más importantes en esta etapa es la jubilación, la cual representa la culminación de su vida laboral útil (Lehr, 1988).

Alrededor de la palabra vejez viene una sobrecarga de estereotipos negativos, que la sociedad ha ido creando a lo largo del tiempo (Bueno & Buz, 2006).

Alrededor de la vejez y la jubilación vienen muchas incógnitas que las personas de la tercera edad se plantean como el qué hacer después de la jubilación, cómo cuidar su estado de salud, tanto físico como mental (Bueno & Buz, 2006). Toda esta problemática y este cambio drástico puede causar estrés y ansiedad (Galbán, Sanso, Díaz-Canel, Carrasco, & Oliva, 2006).

La técnica de aserción encubierta utilizada en terapia individual ha demostrado que es efectiva y genera un impacto importante en cada uno de los síntomas causados por el estrés, la ansiedad, la depresión, los trastornos obsesivos compulsivos y el estrés postraumático (Gordon, 1983). Este tipo de técnica es usada en terapia la cual disminuye los niveles de ansiedad emocional, causadas por factores de estrés negativo (McKay, Davis, & Fanning, 1985). La función que cumple esta técnica es la interrupción del pensamiento que causa malestar o estrés (Barraca, 2011).

Problema

Al aumentar la población de adultos mayores en el mundo, han crecido las afecciones tanto psicológicas como físicas que van de la mano de esta determinada población; si bien se ha intentado dar una mejor calidad de vida por medio de la ciencia médica, en algunos adultos mayores las afecciones que padecen no son por algún malestar físico que se pueda solucionar con medicamentos, sino que estas afecciones son causadas por un cambio en su medio social que les ha causado estrés y ansiedad.

Se han encontrado muy pocas intervenciones dirigidas al grupo de adultos mayores que se encuentran jubilados y las intervenciones que este grupo puede tener llegan muy tarde,

ya que el estrés puede no ser identificado tan rápidamente, a comparación de una enfermedad degenerativa, viral o hereditaria (Cano-Vindel, 2002). El estrés en personas jubiladas puede ser el detonante de muchas enfermedades ya que afecta al sistema inmunológico (Birren, 1996). Si bien se ha encontrado investigaciones e intervenciones para adultos mayores que se encuentran internados en hospitales o clínicas, no se ha encontrado resultados de prevención o tratamiento de estrés y ansiedad para personas que se encuentran jubiladas y pertenecen a la tercera edad. Por lo que se encontró fundamental proponer esta intervención para que los adultos mayores tengan una mejor calidad de vida y un mejor afrontamiento hacia el estrés negativo.

Pregunta

“¿Cómo y hasta qué punto la aserción encubierta puede reducir el estrés y la ansiedad en personas de la tercera edad que están en la etapa de la jubilación?”.

Propósito del Estudio

El objetivo de este estudio es tomar la mayor cantidad de información sobre el impacto que las personas de la tercera edad pasan al encontrarse jubiladas y poner en uso la técnica de aserción encubierta usada en terapia, para así poder afrontar los efectos como ansiedad, depresión, estrés, etc. Lo que se espera de esta investigación es comprobar si la técnica de aserción encubierta ayuda a reducir el estrés y la ansiedad de las personas de la tercera edad las cuales se encuentra jubiladas.

El significado del estudio

La aserción encubierta como técnica para la disminución del estrés y ansiedad ha demostrado ser efectiva en el área de trastornos que producen estrés y ansiedad, por lo que podría ser aplicada en personas de la tercera edad que están sufriendo algún tipo de estrés, pero especialmente en quienes se encuentran en un conflicto social y mental por pertenecer al grupo social de los jubilados. Al integrar todos los ámbitos que involucra la vida de una persona de la tercera edad jubilada, se puede intervenir de manera efectiva en el caso de estrés. A continuación, se encuentra la Revisión de la Literatura la que se dividirá en cuatro partes. Con esto seguirá la explicación de la metodología de investigación propuesta, resultados esperados y las conclusiones.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

La información presentada en la revisión de la literatura procede de artículos académicos, libros e investigaciones acerca de la ansiedad, el estrés, las condiciones y el estado físico y psicológico del adulto mayor y de la técnica de aserción encubierta usada en terapia. Para la búsqueda de la información sobre los temas mencionados, se utilizó los recursos electrónicos de la biblioteca virtual de la Universidad San Francisco de Quito como EBSCO, Taylor & Francis, ProQuest y JSTOR; de igual manera artículos de Google Scholar. La investigación se basó en palabras claves como: jubilación, tercera edad, estrés, ansiedad, depresión, técnica de aserción encubierta, terapia.

Formato de la Revisión de la Literatura

La revisión de la literatura será presentada en el siguiente orden: adulto mayor, jubilación, depresión, ansiedad, estrés, técnica de aserción encubierta.

El adulto mayor

Los cambios que una persona experimenta a lo largo de su vida son diversos, el desarrollo es un proceso en el que se producen cambios en el comportamiento, los cuales muchas veces son adaptativos (Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2009). Se lo considera adaptativo ya que el individuo puede lidiar con condiciones internas y externas, las cuales son siempre cambiantes. El desarrollo tiende a tener un progreso simple y complejo, además que no hay una ruta definida y puede tomar más de una ruta. (Papalia, Sterns, Feldman, & Camp,

2009). Una parte del desarrollo se debe al aprendizaje ya que los cambios que el ser humano tiene en el comportamiento son resultado de experiencias y de maduración cerebral y de otros sistemas y estructuras físicas (Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2009).

Al pasar los años el ser humano comienza a envejecer y esto conlleva a la aparición de cambios definitivos que afectan a órganos, tejidos y células, este fenómeno es parte del desarrollo del ser humano (Zorrilla, 2002) a este tipo de desarrollo en el ser humano se lo denomina vejez (Zorrilla, 2002). Se podría mencionar muchos cambios físicos que el ser humano llega a tener que son parte del mismo desarrollo, pero, así como se pueden mencionar cambios físicos se pueden mencionar cambios psico-sociales que la persona perteneciente a la tercera edad puede cursar (Battistella, 2018) .

El envejecimiento transforma de una manera progresiva la situación del ser humano, además influye en dinámicas familiares, sociales, culturales, económicas, políticas, etc. Es decir, el individuo es afectado y afecta a su entorno (Galbán, Sanso, Díaz-Canel, Carrasco, & Oliva, 2006). Como se menciona anteriormente el desarrollo y la vejez implican una compleja interacción entre maduración y aprendizaje. En la psicología del desarrollo se ha descubierto que el ser humano siempre se ha interesado en vivir el mayor número de años, haciendo esfuerzos que han estado ligados a la ciencia y el desarrollo de la tecnología, tendencia que se ha mantenido por los siglos considerando la importancia de vivir más años intentando dar una mejor calidad de vida (Galbán, Sanso, Díaz-Canel, Carrasco, & Oliva, 2006).

El envejecimiento es inevitable ya que este afecta a todas las especies y razas. Todos los organismos vivos envejecen y esto se empieza a notar cuando la vitalidad disminuye y por

lo tanto la vulnerabilidad aumenta gradualmente siendo este un proceso irreversible (Battistella, 2018). Las investigaciones sobre el desarrollo del adulto mayor ya no hacen tanto énfasis en los procesos fisiológicos de envejecer ya que también es necesario conocer las condiciones que pueden colocar al adulto mayor en una situación de riesgo (Battistella, 2018).

La población mayor de 65 años es el grupo etario que más crecimiento presenta, entre 2000 y 2050 se estima que la proporción de habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, es decir que de un 11% aumentará a un 22% (ONU, 2018). Al observar que el grupo etario de adultos mayores aumentará es de suma importancia el aumento de asistencia hacia este grupo ya que se volverá una necesidad imperativa. El envejecimiento es un proceso decreciente en el cual el ser humano alcanza su máximo, para después ir perdiendo el 1% de su capacidad anualmente (Benevides, Moreno, Garrosa, & Gonzales, 2002).

La tercera edad como ya se mencionó es considerada a partir de los 65 años en países tercermundistas y a los 75 en países desarrollados, en los últimos años se ha hallado investigaciones trascendentales, que coinciden, que el efecto de llegar a la tercera edad no solo implica un cambio físico sino que también existen cambios en el entorno social, económico y psicológico, ya muchas veces llegar a esta edad es un determinante de cambios drásticos en su estilo de vida lo cual puede causar ansiedad o depresión dependiendo de la situación en la que se encuentre el adulto mayor (Sheik & Yesavage, 1986).

Jubilación

La jubilación es una creación social que evolucionó y se volvió obligatoria y retribuida, se suele pensar que la jubilación es un fenómeno de la globalización impuesto por

la misma sociedad que ha dictaminado que esta sea cada vez a más temprana edad, y se ha proclamado como un indicador de desarrollo y progreso (Limon-Mendizabal, 2018). *En la psicología de la senectud* escrita por U. Lehr (1988) menciona que la jubilación es algo que no ha existido desde siempre, ya que en el pasado esta no tenía lugar ya que las familias eran los núcleos centrales de la producción; entre los siglos XIX y XX los ancianos no se jubilaban ya que lo normal era dejar el trabajo porque este ya no podían realizarlo, ya sea por incapacidad o motivos de salud (Lehr, 1988).

El incremento de la productividad y la aparición de las nuevas tecnologías, además de la idea que las personas tienen de estar empleadas todas sus vidas en una misma empresa o industria, ha generado la necesidad de crear la jubilación ya que se da un crecimiento de pensiones a personal antiguo y existe desempleo de personas jóvenes (Phillipson, 1990).

Como sabemos, el llegar a la tercera edad y jubilación muchas veces van de la mano, ya que por medio de leyes sociales pre establecidas se piensa que al comenzar la etapa de la tercera edad las personas deben cesar su trabajo y entrar en la jubilación (Lehr, 1988). Esta nueva realidad en las personas de la tercera edad implica un replanteamiento de su vida y la nueva distribución de su tiempo, por lo que las experiencias físicas, intelectuales y sociales cambiarán y esto generara una respuesta psíquica en torno a este nuevo estilo de vida (Limon-Mendizabal, 2018). La jubilación marca un momento trascendente en la vida de una persona y es un cambio que afecta todos los aspectos de su vida (Moragas, 1989).

Este nuevo giro que los jubilados tienen cuando se les obliga a reorganizar su vida fuera del ámbito laboral, ya que ahora tendrán que organizarse en torno a su tiempo libre, además su reorganización deberá girar en torno a sus nuevos ingresos ya que muchas veces

estos dependerán de otras personas o de instituciones, lo que ocasiona que las personas entren en una crisis de estrés y ansiedad ya que sienten que han perdido su función social causando síntomas físicos y psicológicos relacionados al estrés y ansiedad (Serra, Dato, & Leal, 1988).

La sociedad define y da varios estereotipos relacionados con la vejez y uno de estos es la jubilación, la cual, si bien se considera una nueva etapa en la vida del ser humano, esta está rodeada de varios estereotipos negativos. Este pensamiento erróneo viene de asociar a la jubilación con vejez y a la vejez con enfermedad, además de designar un rol pasivo y considerar que el jubilado es una persona no productiva. Pero gracias a la jubilación muchos sociólogos e investigadores han determinado que esta etapa ha aumentado la esperanza de vida (Sirlin, 2007).

La jubilación no solo es una etapa de cambios y calma, en esta nueva etapa de vida la salud y la motivación son fundamentales ya que estas ayudarán a que se fomente una adecuada ocupación del tiempo libre, ayudando a no generar ningún tipo de problema físico o psicológico (Sirlin, 2007). Por otro lado, la ausencia de participación en actividades productivas contribuye a que la persona entre en lo que Monk interpreta como inexistencia social, la cual implica que la sociedad deja de prestar atención a acciones, labores y ejercicios que giren en torno al individuo que ha dejado de participar en actividades productivas, esta falta de atención perjudicaría al estado de salud y estado mental del adulto mayor (Monk, 1982).

El contexto social, económico, personal, que cada persona vive alrededor de la jubilación va a tener un significado distinto, ya que mucho más que ser un estereotipo

negativo la jubilación constituye logros de una vida (Moragas, 1991). Es de suma importancia que exista una preparación adecuada hacia la jubilación lo cual conlleva a una correcta y sana adaptación de la misma (Sirlin, 2007). Moragas (1991) menciona en su escrito de *Gerontología Social* la importancia de adecuarse al contexto y a los factores que lo rodean como son los económicos, sociales y culturales. Es fundamental preparar una prevención en el tema de la jubilación dando un enfoque gerontológico, tomando en cuenta el contexto de la persona, además de su status, estilo de vida, motivaciones, preocupaciones, etc. (Moragas, *Gerontología Social: envejecimiento y calidad de vida*, 1991).

Existen necesidades que son de suma importancia para las personas que se encuentran en una etapa anterior a la jubilación o se encuentran en la misma, estas necesidades como el sentirse productivo, el ser útil y estar activo, ayudan a que el adulto mayor lleve un desarrollo adecuado de su vejez (Bueno & Buz, 2006). Es necesario dar una igualdad de oportunidades a las personas de la tercera edad, estas oportunidades se llevaran a cabo con un cambio de actitud por parte de la sociedad, dando a considerar que la jubilación no es un periodo de inactividad solo es un periodo de cambio y desarrollo, así lo afirma Bueno y Buz (2006) en *Jubilación y tiempo libre en la vejez* (Bueno & Buz, 2006) .

La sociedad al ser la que determina el lugar del jubilado, debe ser la misma que debe dar un nuevo rol tratando de cambiar los estigmas sociales e intentado resignificar el término de jubilación y dándole una connotación más positiva, para representar esta etapa como una inversión y no como una carga, ya que el envejecer o ser jubilado debe ser una cuestión de desarrollo, la población y sociedad debe considerar al adulto mayor un recurso importante, las capacidades de la personas mayores deben ser apoyadas y valoradas para contribuir al bienestar incluyente de toda la sociedad (OMS, 2002).

Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es una de las enfermedades más comunes en el mundo; actualmente existen más de 450 millones de personas diagnosticadas con este trastorno de salud mental y entre ellos está la depresión (OMS, 2017); la mayoría de estos casos habitan en países en desarrollo. Cuando una persona tiene depresión, esta enfermedad interfiere con su desempeño normal y su vida diaria. La mayor parte de las personas que padecen de depresión necesitan de un tratamiento. La ciencia ha desarrollado medicamentos, psicoterapias y diversos métodos para tratar a las personas con depresión (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

La depresión es una enfermedad grave que afecta no solo mentalmente sino también físicamente, la depresión ocasiona deseos de alejarse de todo, puede causar ansiedad, falta de interés o placer en realizar actividades (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009). No todas las personas padecen los mismos síntomas, la gravedad, duración y frecuencia de los síntomas varían dependiendo de cada persona, de enfermedades, previas y del rango de edad en el que se encuentran (Goncalvez, Gonzáles, & Vázquez, 2008).

A menudo la depresión coexiste con otras enfermedades, las cuales pueden presentarse antes de la depresión, causarlas o ser el resultado de esta (Goncalvez, Gonzáles, & Vázquez, 2008). Algunas de los trastornos de ansiedad que también llevan a la depresión son el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada (Goncalvez, Gonzáles, & Vázquez, 2008).

La depresión ocasiona que cada día en la vida de las personas que padecen este tipo de trastorno sea una desesperanza y ansiedad total, por lo que resulta difícil de controlar y lo único que el individuo siente es que todo está mal en ellos y en sus vidas. Los inicios de este

trastorno comienzan con una depresión leve, no piensan en quitarse la vida ya que no quieren que sufran los demás, pero cuando esta se vuelve crónica es decir una depresión mayor, lo único que piensan es que lo mejor para todos su círculo social y familiar sería que ellos ya no estén ahí (Goncalvez, Gonzäles, & Vázquez, 2008).

No existe una causa única la cual determine a la depresión, según investigaciones esta parece ser el resultado de una combinación de factores psicológicos, genéticos y químicos, además se comprobó que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro lo cual se evidenció por medio de imágenes de resonancia magnética (American Psychiatric Association, 2000). El cerebro de las personas con depresión luce diferente de las que no padecen ya que en las imágenes se puede observar que las áreas del cerebro responsables de la regulación emocional, apetito, pensamientos y comportamientos parece no tener un correcto funcionamiento (American Psychiatric association, 2000).

La mayoría de las personas que tiene un diagnóstico de depresión saben que necesitan ayuda, pero no saben en qué momento pedirla (Brow & Schulberg, 1995). La depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres, esto puede deberse a que es más probable que las mujeres soliciten ayuda de un especialista para aliviar síntomas (Brow & Schulberg, 1995). Esta enfermedad puede aparecer a cualquier edad, aunque sí existen poblaciones que pueden tener más incidencia de adquirir esta enfermedad, como poblaciones consideradas como vulnerables o personas con antecedentes de depresión en la familia (American Psychiatric Association, 2000).

Se considera que los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública. A pesar de los avances terapéuticos y farmacológicos para frenar o estabilizar diversas enfermedades, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante de discapacidad y deterioro de calidad de vida (Araya, Rojas, Fritsh,

Acuña, & Lewis, 2001). La mayoría de las personas que piden ayuda por este trastorno de salud mental acuden a un médico no especialista, el cual no reconoce la enfermedad y en muchas ocasiones esta depresión no se trata correctamente, hasta que avanza tanto que es necesaria la intervención farmacológica y psicológica para que se adapten y vuelvan a ser funcionales con respecto a sus vidas. Muchos de estas personas necesitan tratamiento de por vida (García-Toro, 2014).

Los pensamientos que les persiguen todo el día a personas que sufren de este trastorno son netamente pesimistas como: “todo va mal”, “no puedo”, “no quiero que me vean así” (Araya, Rojas, Fritsh, Acuña, & Lewis, 2001). Muchos de ellos se aíslan por miedo y tristeza exacerbada por todo lo que les está pasando. Es importante saber identificar la diferencia entre tristeza, duelo y depresión, ya que la tristeza y el duelo después de meses de haber pasado algún acontecimiento traumático o alguna pérdida, desaparece, pero la depresión continua ahí y cada vez se hace más fuerte (Leira, M, 2012).

La depresión ocasiona que quienes la padecen se sientan ajenos a la realidad en la que están viviendo, se encuentran tan sumergidos en sus pensamientos pesimistas que les resulta más deprimente salir al exterior, también ven que todo a su alrededor se mueve exageradamente rápido y ellos no pueden hacer nada (Wilson, Mottram, Sivanranthan, & Nigtingale, 2005). Para enfrentar este problema es necesario tener factores de protección como familiares como el núcleo principal o amigos cercanos, ya que puede resultar duro tanto para la persona que padece este trastorno como para las personas que lo rodea. Una de las recomendaciones de Wilson, Mottaram, Sivanranthan y Nigtingale (2005) es que se tanto pacientes como familiares o amigos cercanos se consideren parte del equipo de apoyo, ver los síntomas como parte de un trastorno, ayudarlo a reconocer y afrontar problemas que pueden contribuir con una recaída (Wilson, Mottram, Sivanranthan, & Nigtingale, 2005)

Ansiedad

Muchos de nosotros hemos experimentado ansiedad, la cual muchas veces tiene una causa específica, ya que la ansiedad es la más común y universal de las emociones. Esta es sinónimo de preocupación ante acontecimientos presentes o futuros (Gelenberg, Reiman, & Ebert, 2001). Existe un grado de ansiedad que siempre está presente en nuestras vidas, una ansiedad normal la cual cumple la función de preparar al ser humano para alerta frente a posibles amenazas o realización de tareas (Goncalvez, Gonzáles, & Vázquez, 2008).

La ansiedad se puede describir como una anticipación temerosa de peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso el cual produce síntomas físicos que pueden ubicarse en cualquier región del cuerpo (Reyes-Ticas, 2018). El tipo de vida actual genera mucha ansiedad con la urbanización, tecnología y la cambiante sociedad, sin embargo, la ansiedad en muchas ocasiones es un proceso mental adaptativo y de supervivencia (Reyes-Ticas, 2018).

La ansiedad llega a ser patológica cuando esta no se presenta como respuesta frente a un estímulo o si su duración o intensidad sobrepasa los límites de aceptación y tolerancia para la persona (Reyes-Ticas, 2018), en estas condiciones la ansiedad pierde su función de adaptación y esta puede volverse un problema o puede llegar a considerarse un trastorno de salud mental.

La ansiedad es una de las enfermedades psiquiátricas más comunes, por lo que los avances en la tecnología para la detección del origen, prevención y tratamiento de la misma, hacen que esta enfermedad mental sea de un fácil manejo (Gelenberg, Reiman, & Ebert, 2001) . La ventaja de estos avances ha dado frutos para el beneficio de las personas que los padece ya que permite enfocar la intervención de doctores especialistas o médicos de

atención primaria (Cummings & Mega, 2003). La ansiedad puede ser incapacitante ya que sus síntomas son diversos y pueden llegar a ser intensos, la persona que los padece de estos síntomas, teme pedir ayuda profesional, debido a que en muchas culturas se puede considerar debilidad de carácter (Reyes-Ticas, 2018).

Muchas de las enfermedades de salud mental tienen como precedente la ansiedad y se determina que casi todas las enfermedades de salud en general llevan un grado de ansiedad (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). Por lo que es de suma importancia que todos los profesionales pertenecientes al área de salud tengan un conocimiento del diagnóstico y tratamiento de la ansiedad (Tizóna, y otros, 2007).

Los factores que causan la ansiedad son biológicos, psicosociales, psicodinámicos y traumáticos (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). Los factores psicosociales juegan un papel fundamental en muchos de los trastornos de ansiedad, ya que pueden ser causales o agravantes del mismo trastorno (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). Los problemas relacionados a lo interpersonal, laboral, académicos, pérdidas, cambios bruscos, etc., están asociados a trastornos de ansiedad (Reyes-Ticas, 2018). Otro de los factores es el psicodinámico, en el cual la ansiedad se considera como respuesta a una amenaza en forma de un impulso negativo el cual sale de control de la persona (Kaplan, Sadock, Grebb, & Kaplan, 1994), la señal de alarma provoca que el "yo" se defienda (si la defensa tiene éxito esta desaparece pero si no esta se mantiene) pero alguna veces dependiendo de si la defensa o reacción funcionó o no, la ansiedad puede presentar síntomas obsesivos compulsivos, fóbicos o disociativos (Kaplan, Sadock, Grebb, & Kaplan, 1994). Por último, los factores traumáticos que son acontecimientos que salen del control y de la experiencia de la persona como accidentes, desastres, violaciones, etc (Kaplan, Sadock, Grebb, & Kaplan, 1994). Muchos de estos factores traumáticos suelen provocar un mal funcionamiento en el cerebro, estos se

asocian a síntomas graves de ansiedad como el estrés agudo o estrés postraumático (Tizóna, y otros, 2007).

Estrés

El estrés está relacionado a la reacción del ser humano frente a situaciones o eventos desagradables (Selye, 1976) El estrés no es un trastorno de salud sino la respuesta a un daño físico y emocional (Organización Internacional del Trabajo, 2018). Además, el estrés puede describirse como un estado de cansancio mental, pero el concepto tiene múltiples significados y connotaciones según cómo se lo esté utilizando (Selye, 1974) . En un ámbito social suele indicar una vida apresurada con muchas presiones y exigencias que según la sociedad es el precio que los seres humanos deben pagar para vivir en este siglo. La palabra estrés es tan común y tan utilizada en estos tiempos que cualquier persona con una presión excesiva hace uso de dicha palabra, como estudiantes, empresarios, madres, doctores, etc (Gionta, 2007).

Además, se relaciona al estrés como una respuesta física y emocional causada por eventos percibidos que son externos y que salen del control del individuo (Organización Internacional del Trabajo, 2018), eventos que pueden llegar a ser desafiantes o desagradables.

Existen investigaciones en las cuales se ha comprobado que el estrés es necesario en nuestras vidas, pero el exceso de estrés y de estímulos denominados hiper-estrés y la reducción de estos estímulos denominados hipo-estrés son designados como negativos para la salud del ser humano ya que cualquiera de estos dos genera diestrés, al aumentar o reducir drásticamente estos eventos o estresores físicos, biológicos o psicológicos podemos causar una fatiga nociva para el ser humano (Leira, M, 2012).

Muller & Werweimer (1981) señalan que no solo los eventos externos que afectan al individuo pueden causar estrés, estos autores afirman que situaciones como cambios físicos

en el ser humano como el envejecimiento generan gran tensión y estrés (Muller, Ch; Werweimer, J, 1981). El ser humano está expuesto a diversos cambios físicos a lo largo de su desarrollo, Según Fernandez -Ballesteros, MoyaFresneda , Iniguez -Martinez & Zamorron (1999) la vejez además de ser parte del desarrollo del ser humano es un evento interno de cambios físicos que genera tensión y estrés. El nivel y tipo de estrés que genera esta etapa del desarrollo dependerá fundamentalmente de las respuestas adaptativas que el adulto mayor sea capaz de crear (Ferdandéz, Moya, Iñiguez, & Y Zamarón, 1999). Es así que se comienza a relacionar al estrés y la vejez como un fenómeno psicosocial en la última de las etapas del desarrollo (Lazarus & Folkman, 1984).

Los resultados obtenidos en diversas investigaciones apoyan la hipótesis de que el tipo de evento que genera estrés y las estrategias para resolver o afrontar supuesto evento varía de acuerdo a las distintas etapas del desarrollo del ser humano (Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek, 1987). Como se mencionó antes el estrés es la reacción a un evento o situación la cual es externa a nuestro control, Rodin (1986) menciona que la vejez es un evento externo que sale del control del ser humano, la vejez está sometida frecuentemente a situaciones problemáticas que están fuera del control del adulto mayor, como las enfermedades, las discapacidades, la muerte de familiares y amigos y la proximidad a la propia muerte (Rodin, 1986), dichas situaciones mencionadas son evaluadas por los adultos mayores como inmodificables lo cual conlleva al distrés (Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek, 1987).

Tanto situaciones como eventos pueden presentarse de diversas formas y provienen de factores biológicos, físico y psicosociales. No todos los estresores causan el mismo impacto en las personas ya que dependerá de la persona y de cómo esta actúe frente a la situación de estrés (Durán, 2010). Los efectos que causa el estrés pueden afectar a funciones

orgánicas, ya que puede afectar al aparato digestivo, al sistema nervioso, funciones respiratorias, sistema cardio vascular, etc. (Ruiz, 1996). Como ya se menciona el estrés puede provocar daños físicos y mentales, pero la verdadera preocupación es cuando este afecta y deteriora a las funciones mentales del ser humano (Vales, 2009)

Nuestra mente reacciona al estrés mediante emociones, conocimientos y percepciones, de tal manera que somos capaces de interpretar si este estímulo externo es favorable o dañino, intentando crear medidas o estrategias necesarias para afrontar este estímulo (Hartley, 2002).

Técnica de aserción encubierta

Donald Meichenbaum (1971) desarrollo la técnica de aserción encubierta, una modificación cognitiva-conductual, la cual por medio de auto verbalizaciones ayuda a modificar el comportamiento (Meichenbaum & Goodman, 1971). Varios conductistas mencionan a la técnica como efectiva para el tratamiento de pensamiento obsesivos-compulsivos y fóbicos (Barraca, 2011). Esta técnica resulta tan efectiva debido a que funciona como una táctica distractora, ayudando a que exista una baja probabilidad de que reaparezca otra vez el pensamiento que causa malestar, creando una aserción positiva, en la cual las emociones positivas bloquean el paso de emociones y pensamientos negativos (Bermejo, Calvo, & Ramirez, 2001).

La técnica de aserción encubierta ayuda a reducir la ansiedad emocional a través del desarrollo de habilidades separadas (Arruabarrena, J, 2004). Dicha técnica ayuda a que el individuo interrumpa el pensamiento al primer indicio de una idea habitual o obsesiva, la que conduce a experimentar emociones negativas, este pensamiento será interrumpido por una palabra (la que será elegida en terapia) que ayudara a que dicha idea o pensamiento sea eliminado (Lozano, J; Rubio, E; Pérez, M, 1999).

Por lo tanto, esta técnica se basa en la autorregulación verbal de la conducta. En el entrenamiento dado en terapia con el que se supone llegar a una reestructuración cognitiva la cual será aprendida mediante modelado y ensayo de la conducta (Cano-Vindel, 2002). Esto disminuye síntomas de ansiedad y depresión, se tiene un menor riesgo a desarrollar un trastorno mental y mejora la concentración (García-Toro, 2014)

En diversos experimentos realizados por Gordon, P. (1983) con respecto a pensamientos obsesivos se contrasta la validez de esta técnica (aserción encubierta) frente a otras en tratamiento de cuadros obsesivos compulsivos donde se ayuda a la detección del pensamiento negativo (en consulta) para detenerlo, lo cual disminuye el estrés y ansiedad que el pensamiento causó (Gordon, 1983). También se puede apreciar que en dichos estudios se demuestra mayor eficacia en el tratamiento y más apego y aceptación de la técnica de aserción encubierta, si es que esta se integra a un tratamiento multicomponente (Gordon, 1983).

La técnica de aserción encubierta ayuda a reducir la ansiedad emocional por lo que disminuye el estrés; esta técnica usada en terapias psicológicas desarrolla dos habilidades separadas como se menciona anteriormente, la primera es la interrupción del pensamiento y la segunda es la sustitución del pensamiento (Bermejo, Calvo, & Ramirez, 2001). La interrupción del pensamiento funciona cuando se interrumpe un pensamiento que causa malestar o desagrado, esto se logra vocalizando una palabra como: basta, ya no, suficiente, etc. O utilizando otra técnica interruptora, después se llena el vacío del pensamiento con ideas más positivas y constructivas (Bermejo, Calvo, & Ramirez, 2001).

La retroalimentación positiva que causa la aserción encubierta da origen a que el pensamiento obsesivo que causa malestar sea remplazado por un pensamiento más confortable (Bermejo, Calvo, & Ramirez, 2001). No es necesario tener un trastorno para tener

pensamientos repetitivos en nuestras cabezas que nos causa malestar. Se han realizado estudios a personas sin trastornos mentales, en los cuales las personas experimentaban pensamientos intrusos que les provocaba malestar, los cuales trataban de eliminar de su cabeza de una manera inadecuada. Además, se llegó a la conclusión de que los pensamientos intrusos que causan malestar están más presentes en un periodo de ansiedad, depresión y estrés (Bermejo, Calvo, & Ramirez, 2001)

Se ha demostrado eficacia en terapia para trasladar recuerdos negativos como temores, impulsos de pánico, episodios ansiosos, depresiones, etc. (Bermejo, Calvo, & Ramirez, 2001). Esta técnica nos da un grado de confianza para que esta sea utilizada para el tratamiento no solo de trastornos mentales, sino que también esta se pueda utilizar en terapia para prevención de algún pensamiento de malestar el cual si se intensifica puede derivarse en alguna enfermedad de ámbito ansioso o depresivo (Bermejo, Calvo, & Ramirez, 2001).

Al presentarse una fobia que es más cognitiva o un pensamiento obsesivo la técnica de aserción encubierta tiene un nivel de confiabilidad mas alto que una terapia de exposición (Meichenbaum & Goodman, 1971). Los pensamientos al ser automáticos, son los que por experiencias previas hacen que reaccionemos a cualquier situación, uniendo la experiencia y la lógica interna que los seres humanos hemos desarrollado, la reacción ante la situación hace que reestructuremos el pensamiento, la lógica y el manejo de la situación, algunas veces no funciona de una manera adecuada por lo que hace que experimentemos ansiedad, depresión o estrés (Barraca, 2011).

Se han realizado estudios de casos clínicos como los de trastornos obsesivos compulsivos y casos de bulimia nerviosa, en los que se ha demostrado que la integración de la técnica de aserción encubierta tiene alta efectividad en la terapia cognitiva conductual (Meichenbaum & Goodman, 1971). Una de las investigaciones realizadas por Ruiz (2001) en

la que se evidencia que la aplicación de la aserción encubierta en terapia cognitiva conductual ayuda a la disminución de pensamientos que causan malestar y estrés a una persona diagnosticada con bulimia nerviosa, en la cual los resultados son satisfactorios, ya que el individuo iba teniendo mayor dominio de la técnica (Ruíz, 2001).

Es fundamental que al usar la aserción encubierta dentro de terapia o fuera de terapia, la persona debe enfocarse y dirigir sus pensamientos hacia la situación que está atravesando y no enfocarse en el pensamiento negativo o que le causa malestar frente a lo que podría pasar en su situación actual, es de suma importancia interrumpir el pensamiento estresante desde un inicio ya que si lo dejas de un lado o lo sobre piensas este volverá y el malestar podría a llegar a ser más intenso. La aserción encubierta es aprendida en terapia, pero más que una técnica esta puede llegar a ser una habilidad aprendida la cual requiere de entrenamiento (Barraca, 2011).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollar esta pregunta de investigación y la comprobación de la aplicación de la técnica de aserción encubierta para puede reducir el estrés y la ansiedad en personas de la tercera edad que están ingresando a la etapa de jubilación, se propone una metodología de tipo cuantitativa en la que se aplicará tres escalas de medición, con lo que se procederá a aplicarlas un antes y un después del tratamiento sugerido.

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

La propuesta de investigación busca conocer si la técnica de aserción encubierta influiría en los efectos que sufren las personas de la tercera edad que están atravesando la jubilación. La metodología propuesta es cuantitativa ya que es la más apropiada para responder a la pregunta planteada; esta metodología usa materiales como escalas de medición que contribuirán a responder la pregunta de investigación ya que es de suma importancia dar resultados cuantitativos frente a esta problemática (Wayne D, 1993). El método cuantitativo tiene una gran utilidad para poder medir el volumen de un fenómeno y con el finde inferir desde los resultados el porqué del acontecimiento o pregunta plateada (Wayne D, 1993). En el presente estudio se propone utilizar tres escalas para medir los efectos de la aserción encubierta en personas de la tercera edad jubiladas antes y después de aplicar la técnica de aserción encubierta. Mediante las escalas que medirán ansiedad (Inventario de ansiedad de Beck), depresión (Inventario de depresión de Beck), y estrés (Inventario de sintomatologías de estrés).

Participantes

Los participantes serán reclutados en el "Hospital de especialidades N-1 de las Fuerzas Armadas", específicamente en el área de Psicología. Dichos participantes deberán cumplir tres condiciones para entrar en el grupo de estudio: primero este deberá entrar en un rango de edad entre los 60 y 75 años ya que en esta etapa de la vida de las personas son cuando están atravesando uno de los mayores cambios (Jubilación), segundo estos deberán estar en tratamiento ambulatorio (sin diagnóstico de enfermedades psiquiátricas) en el área de psicología del "Hospital de especialidades N-1 de las Fuerzas Armadas" y el último requerimiento será que la participación sea voluntario ya que la obligación a realizarlo podría alterar los resultados.

Herramientas de Investigación Utilizadas

Para el mencionado estudio se propone utilizar tres escalas para poder medir y comprobar los efectos principales que pasan las personas de la tercera edad las cuales se encuentran jubiladas, estas son: el inventario de Depresión de Beck y el inventario de Ansiedad de Beck y el inventario de sintomatologías de estrés-ISE. La primera escala medirá la depresión. El tiempo de duración será de 5 a 10 minutos como tiempo máximo, cuenta con 21 ítems cada ítem tiene cuatro opciones de respuestas: "en absoluto" con valor de 0, "levemente" con valor de 1, "moderadamente" con un valor de 2 y "severamente" con un valor de 3. El resultado final sería un sumatorio total entre los puntajes de 0 a 63 puntos. Los resultados en la medición del inventario de Depresión de Beck basada en el puntaje final; del 0 a 13 indica depresión mínima, 14 a 19 leve, 20 a 28 moderada y 29 a 63 depresión grave (Sanz, Pedrigón, & Vázquez, 2003) La confiabilidad interna de esta escala es de 0.86

(Sanz J. , 50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: consejos para la, 2013). La segunda herramienta de medición es el inventario de Ansiedad de Beck el que se utilizará para medir la ansiedad, con una duración aproximada de 5 a 10 minutos como tiempo máximo y cuenta con 21 ítems. Cada ítem tiene cuatro opciones: “en absoluto” con valor de 0, “levemente” con valor de 1, “moderadamente” con un valor de 2 y “severamente” con un valor de 3. Para el resultado final se dará un sumatorio total entre los puntajes de 0 a 63 puntos. La ansiedad se mide por niveles, es decir, de 0-21 puntos la ansiedad es de nivel bajo, de 22-35 puntos es moderado y 36-63 es severo (Sanz & Navarro, 2003), esta escala tiene una confiabilidad entre el 0.8 y 0.85 (Sanz, J, 2014). La tercera escala consta de 30 ítems y en la aplicación original del inventario el análisis factorial original mostró 3 factores: síntomas psicológicos (28.54% de la varianza explicada, $\alpha=.850$); sociopsicológicos (6.356% de la varianza explicada, $\alpha=.843$); físicos (5.466% de la varianza explicada, $\alpha=.723$) (Benevides, Moreno, Garrosa, & Gonzales, 2002).

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos

Para lograr cumplir el objetivo de la investigación se propone la aplicación en el "Hospital de especialidades N-1 de las Fuerzas Armadas" como ya se menciona antes, este establecimiento de salud podremos encontrar personas de la tercera edad los cuales se encuentran en algún grupo de apoyo por parte de área de Psicología. Para poder ingresar a este establecimiento nos contactaremos con la gerencia sugiriendo el estudio e ingresar a las instalaciones en la cual se aplicarían los siguientes pasos.

Primero se conversará con todos los psicólogos del área de Psicología para dar una explicación del objetivo del proyecto y destacando los beneficios, después que los

participantes sean escogidos aleatoriamente se los colocara en dos grupos, cada uno de 20 personas, repartidos entre hombres y mujeres. Antes de comenzar el tratamiento sugerido, se procederá a aplicar las escalas de medición ya mencionadas (estrés, ansiedad y depresión). El primer grupo al que lo nombramos como "A" se expondrá a una reunión semanal en consulta por 10 semanas en donde compartirán sus ideas, sentimientos y opiniones acerca de su vida en la tercera edad y sobre la jubilación. Al segundo grupo al que lo nombramos como "B" se los reunirá de la misma forma que al grupo "A" y por el mismo tiempo, pero se añadirá en terapia la técnica de aserción encubierta. Después de las 10 semanas, se aplicará nuevamente las herramientas de medición mencionadas, esperando que los resultados sean más positivos en el grupo "B" ya que trabajaron con la técnica de aserción encubierta en terapia.

Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas que fueron tomadas en cuenta en esta investigación serán aplicadas y respetadas a lo largo del procedimiento. Antes de la aplicación de las escalas de medición y los procedimientos en terapia, los participantes firmarán un consentimiento informado en donde se detallará el objetivo de la investigación, las pruebas y procedimientos que se les aplicará. Se destacará que la participación es de forma voluntaria, con todo el derecho de abandonar el proyecto sin ninguna consecuencia que afecte la integridad del participante. Además, se les informará que la investigación es totalmente confidencial y anónima, y que los resultados no serán perjudiciales.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que, con la revisión de literatura y la metodología propuesta, el resultado que la técnica de aserción encubierta en terapia influirá bajando los niveles de estrés, ansiedad y depresión que sufren las personas de la tercera edad. En la segunda aplicación de las pruebas ya mencionada que se utilizarán para medir la ansiedad, el estrés y la depresión, con dichas pruebas se esperaría que los niveles y síntomas de estrés, ansiedad y depresión hayan bajado más en el segundo grupo “B” que fue expuesta a la técnica de aserción encubierta. Dicho resultado se esperaría después de las 10 semanas en la aplicación de la técnica en las reuniones semanales en terapia ambulatoria que cada participante tiene.

La técnica de aserción encubierta es utilizada en terapias cognitivas conductuales debido a su efectividad con pensamientos fóbicos y obsesivos compulsivos (Meichenbaum & Goodman, 1971) la técnica de aserción encubierta resulta tan efectiva ya que remplace o detiene el pensamiento intruso que causa malestar (Bermejo, Calvo, & Ramirez, 2001). Se ha encontrado estudios en los que el uso adecuado de la técnica de aserción encubierta en terapia cognitiva conductual ha ayudado a los pensamientos negativos de una persona diagnosticada con trastorno limítrofe de la personalidad, en la que Turkat (1990) plantea que las personas con TLP tiene un importante déficit en la resolución de problemas lo cual causa ansiedad y estrés, el que conlleva que el individuo genere pensamientos negativos (Turkat, 1990).

Esta técnica ayudara que baje pensamientos negativos relacionados a la vejez como la inutilidad, la fragilidad, la falta de actividad, falta de productividad y hasta el concepto de la muerte. Además, disminuirá la ansiedad, depresión y estrés de causados por la etapa de la vejez (Battistella, 2018).

Los niveles bajos de estrés y ansiedad pueden llegar a ser beneficioso para el adulto mayor, ya que el individuo podrá ser mas funcional. Menores niveles de ansiedad y estrés se

correlacionan con una menor agresividad y un buen funcionamiento en las conexiones neuronales del cerebro (Hatfield, J. & Dula, C, 2014). El uso de la terapia cognitiva conductual conjuntamente con la técnica de aserción encubierta ha demostrado bajar el nivel de ansiedad y estrés en personas con pensamientos negativos (Gordon, 1983). Un estudio demostró la validez de la técnica de aserción encubierta ya que esta ayudó a que el pensamiento negativo sea detenido o remplazado por uno positivo para beneficio del individuo (Gordon, 1983).

Se espera que la técnica basada en una reestructuración cognitiva de auto regulación verbal ayude a disminuir los síntomas físicos de estrés y ansiedad que los pensamientos negativos que se genera en torno a la jubilación, como migrañas, tensión muscular, temblores, frecuencia cardiaca irregular, etc. (Arruabarrena, J, 2004). El entrenamiento en terapia en la que se supone moldear la conducta y eliminar el pensamiento negativo (Cano-Vindel, 2002) ha demostrado ser efectiva eliminando síntomas de estrés y ansiedad así lo afirma Beck y Freeman (1990) por medio de una investigación de caso, en la que se aplicó la técnica de aserción encubierta en una terapia cognitiva conductual en un individuo diagnosticado con trastorno paranoide de la personalidad, en el que el individuo generaba muchos síntomas de estrés y ansiedad en torno a los pensamientos paranoides que este tenía (Beck & Freeman, 1990).

Menores niveles de ansiedad esta correlacionados con menor estrés, mejor concentración, menor agresividad e impulsividad (Hatfield, J. & Dula, C, 2014). Se espera que, con la técnica aplicada, los síntomas de estrés y ansiedad que experimenta la persona de la tercera edad jubilada, disminuyan, tanto síntomas físicos como fatiga, migrañas y síntomas

psicológicos como sentimientos de desamparo, baja autoestima e incluso paranoia. Se espera encontrar una diferencia significativa entre el grupo "A" y el grupo "B" .

Con los beneficios ya mencionados se esperan en los dos grupos, pero el grupo en el que se le aplica la técnica de aserción encubierta se espera mejoras más efectivas en ámbitos físicos y psicológicos. Mencionado lo anterior se espera un bajo nivel de ansiedad y estrés, además de una disminución en su presión sanguínea causada por el estrés y ansiedad. Finalmente, en cuanto a los resultados esperados y las escalas aplicadas a los participantes, como en el Inventario de Ansiedad de Beck se esperaría un puntajes de ansiedad bajos, luego de la aplicación de la técnica de aserción encubierta y en el Inventario de Depresión de Beck se esperaría un puntajes que no indiquen depresión o una depresión mínima.

Discusión

El encontrarse en la tercera edad ha generado una problemática centrada en la jubilación, esta etapa del desarrollo del ser humano puede generar estrés y ansiedad (Lisazo, Sánchez, & Reizábal, 2008). Los cambios que una persona experimenta a lo largo de su vida son diversos y muchas veces son adaptativos (Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2009), uno de estos cambios es la vejez ya que al pasar los años el ser humano comienza a notar cambios definitivos en su cuerpo, organismo, tejidos, células, etc. A este proceso se lo denomina como envejecer ya que esta etapa es parte del desarrollo (Zorrilla, 2002).

La palabra envejecimiento esta directamente relacionada con la jubilación, Lehr (1988) menciona que la jubilación es un concepto que antes no tenia lugar en la sociedad ya que se consideraba a todos los integrantes de la familia como núcleos centrales de producción (Lehr, 1988). Por lo que se cree que la jubilación es una creación social que evoluciono y se volvió obligatoria, se suele pensar que es un fenómeno de la globalización impuesto por la misma sociedad, proclamándole a la jubilación como un indicador de desarrollo (Limon-Mendizabal, 2018).

La jubilación al ser un cambio puede llegar a generar estrés ansiedad y hasta depresión, a menudo la depresión cohabita con otras enfermedades como trastornos de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada (Goncalvez, Gonzáles, & Vázquez, 2008). La depresión puede llegar a ser parte del envejecimiento y la jubilación pero la ansiedad juega un rol importante en la etapa de jubilación ya que la ansiedad comienza como un síntoma, pero si esta se prolonga puede convertirse en una enfermedad (Gelenberg, Reiman, & Ebert, 2001).

Otro de los papeles protagónicos en torno a la jubilación y la vejez es el estrés ya que este término es una reacción del ser humano frente a situaciones o eventos desagradables (Selye, 1976). El estrés es la respuesta a un daño físico o emocional así lo señala la Organización Internacional del Trabajo (2018), pero no solo los eventos externos causan estrés en el individuo ya que situaciones como cambios físicos en el ser humano como el envejecimiento generan gran tensión y estrés ya que es un evento externo que sale del control del ser humano (Muller, Ch; Werweimer, J, 1981).

Es por lo que se menciona anteriormente que en este proyecto se sugiere utilizar la técnica de aserción encubierta aplicada en terapia, esta técnica ayudara a disminuir los síntomas de estrés y ansiedad que causa la jubilación, por lo que se planteó la pregunta “¿Cómo y hasta qué punto la aserción encubierta puede reducir el estrés y la ansiedad en personas de la tercera edad que están atravesando un cambio?”. La técnica de aserción encubierta ayudará a reducir la ansiedad emocional a través del desarrollo de habilidades separadas (Arruabarrena, J, 2004). Dicha técnica ayuda a que el individuo interrumpa el pensamiento al primer indicio de una idea habitual (Lozano, J; Rubio, E; Pérez, M, 1999).

Se propone trabajar con personas de la tercera edad los que asisten terapias individuales o grupos de ayuda en el "Hospital de especialidades N-1 de las fuerzas armadas", en donde se dividirá en dos grupos, el primer grupo "A" asistirá a una reunión semanal en consulta por 10 semanas en donde compartirán sus ideas, sentimientos y opiniones acerca de su vida en la tercera edad y sobre la jubilación. Al segundo grupo "B" asistirá de la misma manera y por el mismo tiempo, añadiendo en terapia la técnica de aserción encubierta. A cada grupo se le aplicará las escalas de medición de ansiedad y estrés, después de la intervención, para así medir el impacto que la técnica de aserción encubierta.

Limitaciones del Estudio

La principal limitación en esta investigación es que no existe una vasta evidencia empírica que nos demuestre una disminución de estrés y ansiedad en las personas pertenecientes a la tercera edad a las que se les ha aplicado la técnica de aserción encubierta, a pesar que se puede comprar la aplicación de esta técnica en la aplicación de casos de obsesión y compulsión para disminución de estrés y ansiedad.

Otra posible limitación sería que solo se tomo en cuenta a personas que asisten grupos de apoyo en el "Hospital de especialidades N-1 de las Fuerzas Armadas", pero no se tomó en cuenta a personas que realizan diversas actividades para disminuir el estrés y la ansiedad que produce una jubilación. Otra limitación sería que solo tomamos en cuenta a las personas de la tercera edad que se encuentran jubiladas de su trabajo mas no a las personas de la tercera edad que nunca trabajaron que de igual manera están atravesando por una nueva etapa en sus vidas las que también causan estrés y ansiedad.

Una evidente limitación es que la técnica de aserción encubierta no se adapte y por lo tanto no funcione en su totalidad en la población latinoamericana considerando que la cultura y costumbres van variando de país en país

Recomendaciones para Futuros Estudios

Para futuras investigaciones es recomendable que esta técnica se aplicada para personas de la tercera edad que nunca han trabajado pero que de igual manera estas están atravesando las mismas experiencias que la vejez produce. Ya que esta población es igual de vulnerable a experimentar pensamientos negativos que contribuyen a generar estrés, ansiedad y depresión.

Además, recomendamos que la técnica de aserción encubierta sea aplicada para jóvenes los cuales se encuentren en una situación de cambio y experimenten los mismos pensamientos negativos que pueden llegar a causarles estrés y ansiedad.

REFERENCIAS

- Álvarez, M., & Trápaga, M. (2005). Principios de neurociencias para psicólogos. *Ebsco*, 18-23.
- American Psychiatric Association. (2000). *Practice Guide for the treatment of patients with major depression*. Arlington: American psychiatric Association.
- American Psychiatric association, D. a. (2000). Washigton. DC: American Psychiatric association .
- Araya, R., Rojas, G., Fritsh, R., Acuña, J., & Lewis, G. (2001). Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and Socio-demographic Correlates. *Br J Psychiatri* , 178-228.
- Arruabarrena, J. (2004). La aserción encubierta . *Psikologoa*, 6-10.
- Ayuso, J. (1988). *Trastornos de angustia*. . Barcelona : Ediciones Martínez Roca.
- Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 43-63.
- Battistella, G. (15 de 9 de 2018). Salud del adulto mayor, Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UBA. Buenos Aires, Argentina.
- Beck, A., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Benevides, A., Moreno, B., Garrosa, E., & Gonzales, J. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el “Inventario de Burnout de Psicólogos”. *Clinica y Salud*, 257-283.

- Bermejo, A., Calvo, J., & Ramirez, M. (2001). Aplicación de terapia de conducta coadyuvada de sugestión en hipnosis en caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Psiquiatricom*, 1-14.
- Birren, J. (1996). *Encyclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged (Vol. 2)*. New York: Academic press.
- Brow, C., & Schulberg, H. (1995). The efficacy of Psychosocial Treatment in Primary Care. *Gen Hosp Psychiatry*, 414-424.
- Bueno, B., & Buz, J. (2006). *Bu Jubilación y tiempo libre en la vejez*. Madrid: Informa Portal Mayores No.65.
- Bulbena, A. (1986). Psicopatología de la psicomotricidad . En A. Bulbena, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (págs. 236-255). Barcelona: Salvat.
- Cano-Vindel, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés. *Universidad Complutense de Madrid*, 247-271.
- Cardinali, D. (2005). *Manual de Neurofisiología*. (9ª. Edición)). Buenos Aires, Argentina: Mitre Salvay. Recuperado el Julio de 2018
- Cummings, J., & Mega, M. (2003). *Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Durán, M. (2010). Bienestar psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista nacional de Administración*, 71-84.
- Ferdandéz, R., Moya, R., Iñiguez, J., & Y Zamarón, M. (1999). *Qué es Psicología de la vejez*. Madrid, España.
- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping process. *Psychological and Aging*, 171-184.

- Galbán, P., Sanso, F., Díaz-Canel, A., Carrasco, M., & Oliva, M. (2006). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de salud publica* , 77-86.
- García-Toro, M. (2014). *Estilo de vida y depresión*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gelenberg, A., Reiman, E., & Ebert, M. (2001). *Focus on Generalized Anxiety Disorder*. *J Clin Psychiatry*. ssuplee 11.
- Gionta, R. (2007). *Supera el estrés, Como reducir el estrés, la ansiedad y el cansancio*. Madrid: Nowtilus, S. L.
- Goncalvez, F., Gonzáles, V., & Vázquez, J. (2008). Atención primaria de calidad: Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. En *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad* (págs. 161-183). Madrid: International Marketing and communication S.A.
- Gordon, P. (1983). Switching attention from obsessional thoughts: an illustrative case. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 171-174.
- Hartley, M. (2002). *Controla tu estrés*. Barcelona, España: Hispano Europea, S. A.
- Hatfield, J. & Dula, C. (11 de Septiembre de 2014). *Impulsivity and physical aggression: examining the moderating role of anxiety*. Obtenido de <http://www.jstor.org/stable/pdf/10.5406/amerjpsyc.127.2.0233.pdf?refreqid=excelsior%3A9db05d136e4ac900b3840cbb17de455d>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de America* . Obtenido de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
- Kandel, E., Jessel, M., & Schwartz, J. (3 de Julio de 1997). Neurociencias y conducta. Obtenido de Google scholar:

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45138310/Manual_de_bases_biologicas_del_comportamiento_humano.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1530040904&Signature=BsZnWe0DwdCtjevR2FugcFIzAg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20file

- Kaplan, H., Sadock, B., Grebb, J., & Kaplan, H. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). The handbook of behavioral medicine. En R. Lazarus, & S. Folkman, *Coping and adaptation*. En W.D. Gentry Ed (págs. 282-325). Nueva York: Guilford.
- Lehr, U. (1988). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder, segunda edición.
- Leira, M. (9 de Abril de 2012). Manual de bases biológicas del comportamiento humano. Uruguay.
- Levy, B. (2003). Cognitive and Physical Effects of Aging Stereotypes. *Mind Matters*, 203-211.
- Limon-Mendizabal, M. (16 de 10 de 2018). *La preparación a la jubilación*:. Obtenido de Google academico: file:///C:/Users/Avalenzuela/Downloads/18825-18901-1-PB.PDF
- Lisazo, I., Sánchez, M., & Reizábal, L. (2008). Factores psicológicos y salud asociados con un nuevo perfil de. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 303-324.
- Lozano, J; Rubio, E; Pérez, M. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento. *Psicología Conductual*, 471-499.
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (16 de Julio de 1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Obtenido de Respositorio UCJC:

<https://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/446/Aceptaci%C3%B3n%20o%20control%20mental%20Terapias%20de%20aceptaci%C3%B3n%20y.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Meichenbaum, D., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Abnormal Psychology*, 115-126.

Monk, A. (1982). Modelos de planificación de programas para la preparación de jubilación . *Revista Sinopsis de Geriátría No. 3.*, 47-71.

Moragas, R. (1989). *La jubilación. Un enfoque positivo*. Barcelona: Grijalbo.

Moragas, R. (1991). *Gerontología Social: envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona.

Muller, Ch; Werweimer, J. (1981). *Abrege de Psychogeriatrie*. París: Masson.

OMS. (2002). *Envejecimeinto Activo; marco politico*. Organización Mundial de la Salud .

OMS. (2018). *OMS*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/es>

ONU. (2018). *Reporte de longevida* . Obtenido de ONU: <http://www.un.org/es/about-un/>

Organización Internacional del Trabajo. (21 de Octubre de 2018). Estrés en el trabajo: Un reto colectivo. Turin, Italia.

Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., & Camp, C. (2009). Desarrollo del adulto y vejez en el mundo cambiante. En D. Papalia, H. Sterns, R. Feldman, & C. Camp, *Desarrollo del adulto y vejez* (págs. 2-30). Mexico: McGraw-hill/interamericana editores, S.A.

Pérez, R. (2006). Estrés y longevidad. Reflexiones acerca del tema desde una perspectiva psicológica. *Geroinfo. publicación de gerontología y geriatría*, 2-15.

Phillipson, C. (1990). *Prospectiva de la preparación para la jubilación: expectativas , vigencia y coordenadas de futuro*. Barcelona: Fundacion caja de Pensiones.

- Pieró, M., & Lira, E. (2013). Estrés laboral nuevas y viejas formulas . En B. Moreno, & E. Garrosa, *Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (págs. 103-118). Madrid : Ediciones Piramide .
- Ramírez, L. (1977). La técnica del control del pensamiento en terapia comportamental. *Revista Latinoamericana de psicología*, 213-229.
- Reyes-Ticas, A. (17 de 10 de 2018). *bsv*. Obtenido de Trastornos de ansiedad guia practica para diagnostico: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science*, 1271-1276.
- Romero, L., Martín, E., Navarro, J., & Luengo, C. (17 de 9 de 2018). *El paciente anciano: Capitulo 2*. Obtenido de Tratado de geriatria para residentes: file:///C:/Users/Avalenzuela/Downloads/S35-05%2002_I.pdf
- Ruiz, A. (1996). Éstres en la Educacion. *Ensayos: revista de la facultad de educación de Albacete*, 153-166.
- Ruíz, J. (2001). ¿Obsesión o fobia? A propósito de un caso de bulimia nerviosa. *Psicología conductual*, 169-186.
- Sanz, F., & Navarro, M. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Dialnet*, 58-89.
- Sanz, J. (22 de Agosto de 2014). *Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la practica clinica*. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70025-8](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70025-8)
- Sanz, J. (22 de Agosto de 2013). *50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: consejos para la*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77828443001.pdf>

- Sanz, J., Pedrigón, A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.
- Selye, H. (1936). Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences.*, 230-231.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: Knopf.
- Serban, G. (1976). Psychopathology of Human Adaptation. En S. b. stress, *Psychopathology of Human Adaptation* (pág. 113124). New York: Plenum plles.
- Serra, A., Dato, M., & Leal, R. (1988). *Jubilación y nido vacío: ¿principio o fin?* Valencia: Nau Llibres.
- Sheik, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter. *CLIN Gerontol*, 165-172.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos. *Revista mal-estar e subjetividade / fortalez*, 10-59.
- Sirlin, C. (16 de 10 de 2007). *La jubilacion como situacion de cambio*. Obtenido de Google academico: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1671/1/la-jubilacion-como-situacion-de-cambio.-c.--sirlin.pdf>
- Suárez, T., Rodríguez, L., Pérez, D., Casal, S., & Fernández, G. (2015). Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico. *Revista Cubana de Medicina Genral Integral*, 159-168.
- Tizóna, J., Ferrandob, J., Parésc, A., Artiguéc, J., Parrady, B., & Pérez, C. (2007). Tastornos esquizofrénicos en la atención primaria a la salud mental. *Originales*, 119-124.

- Turkat, I. (1990). *The personality disorders: A psychological approach to clinical management*. New York: Pergamon.
- Vales, L. (2009). Resiliencia y Vulnerabilidad en un Proyecto Social - El funcionamiento mental impulsivo. *Ebsco*, 179-185.
- Wayne D. (1993). *Estadística con aplicaciones a las ciencias sociales y a la educación*. Mexico: McGraw-Hill.
- Wilson, K., Mottram, P., Sivanranthan, A., & Nigtingale. (2005). *Antidepressants versus placebo for the depressed elderly*. The Cochrane Library .
- Zorrilla, A. (2002). El estres y envejecimiento oxidativo. *Rev Cubana Invest Biomed*, 78-85.

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Preciado participante:

Ha sido elegido para formar parte de una investigación sobre la técnica aplicada a los efectos psicológicos de una persona de la tercera edad que acaba de Jubilarse.

La primera parte de la investigación es la división en dos grupos: el primer grupo tendrá una reunión semanal por 10 semanas con otras personas pertenecientes a este grupo de personas de la tercera edad como usted, en cada sesión se hablará de los sentimientos y pensamientos que provoca la jubilación. Esta reunión será dirigida por un/a psicóloga perteneciente al "Hospital de especialidades N-1 de las fuerzas armadas" a especializado en psicología clínica. Las reuniones serán totalmente confidenciales lo que quiere decir es que no serán grabadas y todo lo que se converse durante las sesiones se mantendrán en privacidad con él terapeuta. El segundo grupo asistirá a una reunión semanal por 10 semanas de la misma manera que el grupo "A", pero a este se le agregará la técnica de aserción encubierta, en la cual se habla de los sentimiento y pensamientos que le produce la jubilación, pero en este caso se le aplicará la técnica de aserción encubierta.

La segunda parte de esta investigación será la aplicación de unas pruebas especializadas para medir niveles de ansiedad, depresión y estrés. Se les tomará las pruebas antes de empezar la terapia y después de concluir las 10 semanas en sesiones. La participación en este experimento es de totalmente voluntario. El/la participante puede rechazar la participación si así lo considere, también puede interrumpir su participación en cualquier momento. La información que resulte de esta investigación será utilizada únicamente para fines académicos y respetando el principio de la confidencialidad. La información recolectada y datos globales, están únicamente en poder de la investigadora y es la única responsable del manejo responsable de los datos aportados.

Atentamente

Alejandra Valenzuela

+593983765755

ale.vb9364@gmail.com

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Como la aserción encubierta puede ayudar a disminuir el estrés y la ansiedad en personas de la tercera edad las cuales se encuentran jubiladas"

Organización del investigador Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal Brigitte Alejandra Valenzuela Beltrán

Datos de localización del investigador principal **+593983765755,**

ale.vb9364@gmail.com

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre "Como la aserción encubierta puede ayudar a disminuir el estrés y la ansiedad en personas de la tercera edad las cuales se encuentran jubiladas" porque esta investigación nos ayudaría a ver cómo y hasta qué punto la técnica de aserción encubierta ayuda a disminuir en los niveles de ansiedad y estrés en personas de la tercera edad las cuales están jubiladas

Propósito del estudio

Con la participación total de 40 personas. Lo que se espera con este estudio es determinar si la técnica de aserción encubierta ayuda a las personas de la tercera edad a mejorar los problemas de salud derivados de la ansiedad y el estrés.

Descripción de los procedimientos

Se dividirá a los participantes en dos grupos. El primer grupo asistirá a una reunión semanal por 10 semanas, para hablar sobre sus ideas, sentimientos y opiniones acerca de la ansiedad y el estrés que les causa la jubilación. El segundo grupo asistirá al mismo número de reuniones, pero se le agregará la técnica de aserción encubierta. A los dos grupos se les aplicará tres pruebas para medir la ansiedad, depresión y estrés, antes y después de dicha intervención.

Riesgos y beneficios

No existe ningún riesgo. Pero los beneficios son diversos ya que la técnica de aserción encubierta puede ser aplicada en cualquier momento para eliminar el pensamiento que causa malestar

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono +593983765755 que pertenece a Brigitte Alejandra Valenzuela Beltrán, o envíe un correo electrónico a ale.vb9364@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <small>(si aplica)</small>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

1. Tristeza
0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. Pesimismo
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. Fracaso
0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.
4. Pérdida de Placer
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar. 58
5. Sentimientos de Culpa
0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.
6. Sentimientos de Castigo
0 No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con uno mismo.
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.
8. Autocrítica
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o Deseos Suicidas
0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme 59
3 Me matarías si tuvieras la oportunidad
10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
11. Agitación
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12 Pérdida de Interés
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión
0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización
0 No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 60
3 Siento que no valgo nada

15. Pérdida de Energía
0 Tengo tanta energía como siempre.
1 Tengo menos energía que la que solía tener.
2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
16. Cambios en los Hábitos de Sueño
0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1a. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2a Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual
3a. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17. Irritabilidad
0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.
18. Cambios en el Apetito
0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 61

3a. No tengo apetito en lo absoluto
3b. Quiero comer todo el día
19. Dificultad de Concentración
0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20. Cansancio o Fatiga
0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
21. Pérdida de Interés en el Sexo
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.
Puntaje Total:

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

SINTOMAS	EN LO ABSOLUTO 0	LEVE 1	MODERADO 2	SEVERO 3
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores fríos o calientes				
Total				

INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DE ESTRÉS-ISE

Señale con una cruz la frecuencia con que siente los síntomas que sufre en su vida diaria:		Nunca	Raras veces	Moderadamente	Frecuentemente	Asiduamente
Nº	SÍNTOMAS	0	1	2	3	4
1.	Dolores de espalda o cuello					
2.	Irritabilidad fácil					
3.	Pérdida o exceso de apetito					
4.	Sentirse sin ganas de comenzar nada					
5.	Dolor de cabeza					
6.	Escasas ganas de comunicarse					
7.	Presión en el pecho.					
8.	Falta de flexibilidad adaptativa					
9.	Dificultades con el sueño					
10.	Sentimiento de cansancio mental					
11.	Dificultades sexuales					
12.	Tiempo mínimo para uno mismo					
13.	Erupciones en la piel, sarpullidos					
14.	Fatiga generalizada					
15.	Pequeñas infecciones					
16.	Sentimientos de baja autoestima					
17.	Aumento de la bebida, tabaco o sustancias					
18.	Dificultad de memoria y concentración					
19.	Problemas gastrointestinales					
20.	Necesidad de aislarse					
21.	Problemas alérgicos					
22.	Estado de apresuramiento continuo					
23.	Presión arterial alta					
24.	Perdida del sentido del humor					
25.	Resfriados y gripes					
26.	Pérdida del deseo sexual					
27.	Problemas en la voz (afonías, cambios de voz, carrasperas, etc.)					
28.	Escasa satisfacción en las relaciones sociales					
29.	Dificultad de controlar la agresividad					
30.	Cansancio rápido de todas las cosas					