

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

27
203

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE

I. S. S. S. T. E.

VALIDACION DE UN INSTRUMENTO
PARA MEDIR AFRONTAMIENTO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A:

DR. RAFAEL ORTIZ TOVAR



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

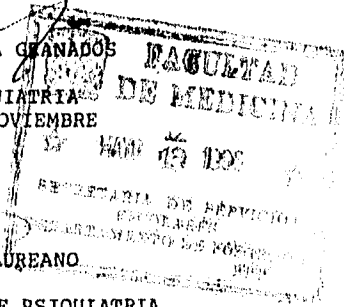
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DR. FRANCISCO JAVIER VALENZUELA GRANADOS

JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA
CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE



Lilia Joya Laureano
ASESOR: LIC. LILIA JOYA LAUREANO

PSICOLOGA ADSCRITA AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA
CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE

ASESOR: DR. RICARDO BETEGA PINEDA

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA
CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE

Ricardo Betega Pineda

DR. FRANCISCO CALDERON MARTINEZ,

COORDINADOR DE ENSEÑANZA
DIVISION DE MEDICINA INTERNA
CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE

PSICOLOGA DR. ERASMO MARTINEZ CORDERO
MEDICA JEFE DEL DEPTO. DE INVESTIGACION
Y DIVULGACION CIENTIFICA
CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE

DEPTO. DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL
U.N.A.M. DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERREZ

COORDINADOR DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE

Eduardo Llamas Gutierrez

INDICE

INTRODUCCION.....	1	
JUSTIFICACION.....	3	
ANTECEDENTES.....	5	
MARCO TEORICO		
TEORIA COGNITIVA.....	6	
AFRONTAMIENTO Y SALUD.....	14	
INVENTARIO PARA ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	20	
DESARROLLO		
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22	
OBJETIVOS.....	22	
SUJETOS.....	23	
MUESTREO		
PROCEDIMIENTO.....	23	
INSTRUMENTO.....	24	
DESCRIPCION DE LA MUESTRA.....	25	
DISEÑO DE INVESTIGACION.....		27
ANALISIS ESTADISTICO.....	27	
RESULTADOS.....	28	
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....		34
DISCUSION.....	34	

INDICE

CONCLUSIONES..... 36

ALCANCES Y LIMITACIONES..... 37

SUGERENCIAS..... 38

BIBLIOGRAFIA..... 39

CUADRO 1..... 29

CUADRO 2..... 30

ANEXO 1. 41

I. INTRODUCCION

El concepto de estrés ha sido considerado durante siglos, pero solo recientemente se ha conceptualizado de forma sistemática y ha sido objeto de investigación. Se ha definido el estrés psicológico como el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar.

Afrontamiento; son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales — constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes de los recursos del individuo.

Algunos de los hechos relativamente recientes que han estimulado el interés por el estrés y su afrontamiento son; el desarrollo de una terapia conductual dirigida al tratamiento y prevención de la enfermedad y del estilo de vida con elevado riesgo para la salud.

El inventario para estilos de afrontamiento desarrollado originalmente por Lazarus R.S.(1) agrupa las respuestas en:

Afrontamiento dirigido a resolver el problema y afrontamiento dirigido a la emoción, mismas que permiten tener información acerca del foco hacia el cual se encuentran dirigidos éstos mecanismos de afrontamiento.

El inventario es ampliamente utilizado en otros países, en los cuales se han realizado multitud de estudios en base a él para investigar la relación entre estrés y enfermedad.

Sin embargo en nuestro país aún no ha sido validado este instrumento, situación que ha provocado el interés de éste trabajo, para intentar realizar la validación, estudio que puede ser de mucha utilidad al proporcionar el medio para detectar pacientes cuyos estilos de afrontamiento influyan de manera negativa en su bienestar físico, mental y emocional y así poder ofrecerle una alternativa terapéutica enfocada a este problema.

II. JUSTIFICACION

El análisis del estrés, del afrontamiento y de la salud, una cuestión esencial que domina el pensamiento de la medicina psicosomática, es la suposición de que las evaluaciones del daño, amenaza y desafío se ven acompañados de estados emocionales de todas clases e intensidades. Se parte de que la enfermedad da lugar a emociones derivadas de cambios masivos del organismo y que generalmente tales emociones son intensas y negativas. Esta es la razón de que la psicología del estrés haya influido tanto en la medicina psicosomática.

La salud física esta estrechamente relacionada a la salud mental y emocional, particularmente entre los adultos y los ancianos, un hecho que es ta ampliamente documentado. Sin embargo presentan diferencias individuales en sus ajustes, tanto para enfermedades agudas como crónicas.

Los esfuerzos de Afrontamiento han sido propuestos como un medio de consideración para estas diferencias en adaptación y numerosos estudios realzan la importancia de las estrategias de Afrontamiento en el auxilio de adultos enfermos, para mantener niveles razonables de bienestar físico, mental y emocional.

El fin del presente estudio es el intento de validación de este instrumento -inventario para estilos de Afrontamiento- para conocer de que manera, los pacientes que acuden a la consulta externa de los diferentes servicios del Centro Hospitalario 20 de Noviembre afrontan su enfermedad. Este -

conocimiento debe brindar como recurso terapéutico, el cambio de estrategias o estilos de Afrontamiento que impiden una buena adaptación, falta de apego a tratamiento y por lo tanto, permitir la mejoría y bienestar de los pacientes.

III. ANTECEDENTES

En los estudios de Aldrich Mendkoff (1963) (2), realizados en personas de edad avanzada se sugiere que aquellas que afrontan la experiencia de pasar de una situación a otra influyen en el grado de mortalidad.

Las estrategias de afrontamiento se relacionan con los significados y actividades que la enfermedad tiene para el sujeto.

En 1970 Lipowski (3), descubrió categorías de significados de la enfermedad, que reflejan experiencias personales previas, el grado de conocimiento y -- las creencias del enfermo.

En investigaciones realizadas por autores como Weisman, Worden, - Lieberman y Tobin, entre otros, sugieren que la mortalidad, considerada como la etapa final de las enfermedades somáticas, puede verse sujeta a los - efectos mediadores del tipo de emoción y de afrontamiento predominante.

Feldman y Revenson (4) en sus estudios, llevados a cabo en nacientes con enfermedades como hipertensión, diabetes, artritis y cancer, evalua ron el rol de afrontamiento en la explicación de la adaptación, así como -- las consecuencias emocionales de dos tipos de estrategias o estilos de -- afrontamiento. Así en estudios más recientes los investigadores enfocan - sus esfuerzos en determinar que estilo de afrontamiento son los más utiliza dos por los pacientes, y así poder predecir las consecuencias en cuanto a - su adaptación y mejoría ante la enfermedad.

IV. AFRONTAMIENTO

A) Teoría Cognitiva

La teoría cognitiva de estrés y el Afrontamiento es una relación -- transaccional en al cual la persona y el ambiente son vistos dentro de un - proceso dinámico, mutuamente recíproco y bidireccional.

El estrés es conceptualizado como una relación entre la persona y el ambiente, es valorado por la persona como acotador o excedente de sus recursos y de poner en peligro su bienestar. Se identifican dos procesos: La valoración Cognitiva y el Afrontamiento, como mediadores críticos de la relación persona estresada - ambiente y sus consecuencias a largo plazo.

La valoración cognitiva es un proceso a través del cual la persona evalúa si un encuentro particular con el ambiente es relevante a su bienestar y/o amenazante, y si lo es... ¿De qué manera?.

Existen dos tipos de evaluación cognitiva:

Primaria y Secundaria.

En la evaluación primaria la persona valora si tiene algo en juego en éste encuentro, por ejemplo, si existe un daño o beneficio potencial a su autoestima o si esta en riesgo la salud o bienestar de un ser querido. Una variedad de características personales incluyendo valores, compromisos, metas y creencias acerca de si mismo y de las ayudas externas para definir si esta puesto en juego lo que la persona identifica como relevante para su bienestar en transacciones específicamente estresantes.

Se pueden distinguir tres clases de evaluación primaria:

1) Irrelevante: cuando el encuentro con el entorno, el individuo no siente interés por las posibles consecuencias o, el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso; no se pierde ni se gana nada en la transformación.

2) Benigna-Positiva: cuando las consecuencias del encuentro se valoran como positivas; si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Se caracterizan por generar emociones placenteras como alegría, amor, felicidad, regocijo o tranquilidad.

3) Estresante: en ella se incluyen las que significan daño/pérdida, amenaza y desafío.

Se considera daño/pérdida cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia o social, o bien la pérdida de algún ser querido.

La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas -- que todavía no han ocurrido pero se prevén. Aun cuando ya haya tenido lugar, se consideran igualmente amenaza por la -- carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo.

El desafío, tiene mucho en común con la amenaza, ya

que ambos movilizan estrategias de Afrontamiento, su diferencia es que, en el desafío hay una valoración de fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, caracterizándose por generar emociones placenteras, como impaciencia excitación y regocijo, mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo, lo cual se acompaña de emociones negativas como el miedo, ansiedad y mal humor.

En la evaluación secundaria la persona valora, que puede hacer para vencer o prevenir el daño o mejorar los proyectos para beneficio. Varias opciones de Afrontamiento son evaluadas, tales como cambios de situación, aceptación, búsqueda de mayor información o recuperar terreno de una acción impulsiva.

Cuando estamos en peligro, ya sea bajo amenaza o bajo desafío, es preciso actuar sobre la situación. Mediante la evaluación secundaria la cual está dirigida a determinar que puede hacerse. La actividad evaluativa secundaria es característica de cada confrontación estresante ya que los resultados dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo, y de lo que está en juego.

La evaluación secundaria es un complejo proceso en el que la actividad intelectual está examinada al reconocimiento de aquellos recursos que puedan aplicarse en una situación determinada y además evalúa aquellas opciones afrontati-

vas obteniéndose la seguridad de que una opción determinada -
cumplirá con lo que se espera, así como la seguridad de que -
se puede aplicar una estrategia particular o un grupo de --
ellas en forma efectiva. Bandura (5) subraya la diferencia en
entre estas dos creencias utilizando el término expectativa de
resultados para referirse a la valoración del individuo de --
que una determinada conducta lograra ciertos resultados, y ex
pectativa de eficacia para referirse a la convicción de este,
de que es capaz de llevar a cabo con éxito tal conducta y lo-
grar con ello los resultados deseados.

Las evaluaciones secundarias de las estrategias de -
Afrontamiento y las primarias de lo que hay en juego, interac
cionan entre sí, determinando el grado de estrés y la intensi
dad y calidad (o contenido) de la respuesta emocional. Esta -
interacción puede ser muy compleja, por ejemplo en igualdad -
de condiciones, si el individuo se siente incapaz de enfren--
tarse con una demanda, el estrés que apareciera será relativa
mente grande ya que el daño/perdida, no puede vencerse ni pre
venirse. Si las consecuencias de una determinada confronta--
ción son importantes para el individuo, la impotencia puede -
llegar a desbordarlo aun cuando el sujeto piense que tiene un
poder de control considerablemente sobre los resultados de -
la confrontación, puede aparecer un estrés considerable ante
la misma duda, cuando es mucho lo que hay en juego.

Las evaluaciones aparecen con mayor frecuencia cuando el individuo tiene la sensación de control en la relación sujeto-entorno. Sin embargo no aparecerá cuando el esfuerzo necesario para controlar tal relación no sea importante, puesto que el placer del desafío se haya en la pugna de el mismo con algo superior.

El Afrontamiento se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar (reducir, minimizar, controlar o tolerar) demandas internas y externas de la transacción persona-ambiente, que es valorada como agotadora o excesiva para los recursos de una persona.

Lazarus describió cuatro formas básicas de Afrontamiento:

- A) Estrategias instrumentales, o dirigidas a la acción, estas son dirigidas hacia el manejo de la amenaza o del mismo estresor.
- B) Estrategias intrapsíquicas, son enfocadas principalmente a la regulación o minimización de estrés emocional acompañante.
- C) Inhibición de acción, se refiere a la capacidad para resistirse a tomar acción cuando tal acción puede incrementar la probabilidad de daño, peligro, conflictos con restricciones morales.
- D) Búsqueda de información, involucra la actividad instrumental de adelantar una base para la acción, además de ser una forma de movilización de apoyo que puede mitigar el estrés emocional.

Aunque indudablemente estas definiciones no incluyen la totalidad de potenciales estrategias de afrontamiento y específicamente excluye estrategias defensivas e inconscientes, estas formas expuestas pueden ser suficientes para reflejar las diferencias personales y suficientemente específicas de la sensibilidad a las diferentes situaciones.

Más generalmente definido, el Afrontamiento abarca estrategias cognitivas y conductuales, utilizadas para manejar una situación estresante (Afrontamiento orientado al problema) y las concomitantes emociones negativas (Afrontamiento orientado a la emoción). Investigaciones previas realizadas por Folkman y Lazarus (6) (7), han demostrado que la gente utiliza ambas formas de Afrontamiento en virtualmente cada tipo de encuentros estresantes.

Varias formas de Afrontamiento, orientadas, tanto al problema como a la emoción, han sido identificados en estudios anteriores, por ejemplo, formas orientadas al problema incluyen esfuerzos agresivos para alterar la situación así como tranquilidad, racionalidad y esfuerzos deliberados para resolver el problema. Formas orientadas a la emoción incluyen distanciamiento, auto-control, búsqueda de apoyo social, escape evitación, aceptación de responsabilidad y revaloración positiva.

La valoración cognitiva y el Afrontamiento son variables transaccionales, por lo que se supone que ellos no se refieren al ambiente o a la persona en forma individual, sino a la integración de ambos en una transacción dada. Una valoración de amenaza es una función resultante de condiciones resultantes específicas que son valoradas por una persona en particular con características psicológicas particulares. Si similarmente el Afrontamiento consiste en pensamientos y conductas particulares de una persona, que son utilizados para manejar las demandas de transacción particular entre el ambiente y la persona, la cual tiene relevancia para su bienestar.

Otro reporte de Folkman y Cols., en el cual el simple encuentro estresante y sus resultados inmediatos, fueron la unidad de análisis examinándose las relaciones entre evaluación cognitiva, Afrontamiento, y resultados inmediatos de encuentros estresantes. Los hallazgos mostraron que el tipo de Afrontamiento vario dependiendo de lo que estaba puesto en juego (evaluación primaria) y que opciones de afrontamiento existían (evaluación secundaria). Por ejemplo cuando la gente siente que su autoestima esta en juego, ellos utilizaron mas Afrontamiento de tipo Confrontativo, auto-control, escape-avoidance, y aceptación mas que responsabilidad cuando la autoestima no estaba puesta en juego. Cuando una meta en el trabajo se ponía en peligro, ellos utilizaron mas planeamientos para resolver el problema que los utilizados cuando en los encuentros estresantes no se involucraba la puesta en juego.

El planeamiento para resolver el problema, tambien - fue usado en encuentros en que la gente valoró la posibilidad de ser cambiado por lo mejor, mientras el distanciamiento fué utilizado cuando no habia sensibilidad para el cambio. Los ha llazgos tambien indicaron que el Afrontamieto se relaciono a la calidad de los encuentros resultantes, sin embargo la eva- luacion no lo fue.

El Afrontamiento Confrontativo y el distanciamiento fueron asociados con resultados que el sujeto encontro insa-- tisfactorios, y el planeamiento para resolver el problema y - revaloracion positiva fueron asociados con resultados satis-- factorios.

B) Afrontamiento y Salud

Las estrategias de Afrontamiento estan relacionadas directamente con los significados y actitudes que la enfermedad, la lesion o la incapacidad tiene para el sujeto. El significado funciona como nucleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales ante la enfermedad, y, por lo tanto, sobre las estrategias de Afrontamiento.

Lipowski (2) describe dos categorias acerca de los significados de la enfermedad, situacion que refleja las experiencias personales previas, el grado de conocimiento y las creencias con que cuentan los enfermos.

1. La enfermedad como desafio. Esta forma de ver la enfermedad inspira generalmente estrategias de Afrontamiento activas y adaptativas. La enfermedad o incapacidad es considerada como cualquier otra situacion de la vida que impone unas demandas y obliga a una labor especifica para manejarla con los medios de que dispone. Las actitudes y los modelos tienden a ser razonables como buscar ayuda medica, cooperacion e informacion sobre el proceso. Por ejemplo Affleck (8) reporto en un estudio llevado a cabo con pacientes afectados por el dolor de la artritis reumatoide, que aquellos que utilizaron mas estrategias de Afrontamiento presentaron declinacion de los niveles diarios de dolor a traves del tiempo, ademas de ser mas aptos para disfrutar y mejorar el humor. Tambien --

Manyande y Salomon (9), en sus investigaciones con pacientes en recuperacion de cirugias abdominales menores, refieren que mientras la ansiedad predijo pobre auto-valoracion del estado corporal en los primeros dias del post-operatorio, las mediciones del Afrontamiento predijeron un mejor estado siete -- dias despues de la cirugia.

2. La enfermedad como enemigo. La enfermedad es considerada como una invasion por fuerzas enemigas, internas o externas. Nuestro lenguaje refleja claramente esta actitud cuando hablamos de "combatir" la enfermedad o de "conquistar" la salud. Las consecuencias emocionales de esta forma de conceptualizacion son: la ansiedad, el miedo y/o el mal humor. Estos sentimientos predisponen a la lucha o a la huida, o a rendirse por indefension. En su forma patologica extrema esta actitud puede llegar a ser francamente paranoide, hasta el punto de acusar a otro de haber causado o agravado la enfermedad. Tambien puede haber ansiedad u hostilidad. Las estrategias de Afrontamiento reflejan esta actividad y toman distintas formas de defensa contra el peligro o el ataque. Es frecuente cierto grado de negacion y de proyeccion aunque la dependencia regresiva y la pasividad pueden expresar un sentido de indefension y predisposicion a rendirse.

Peyrot y McMurry (10), en sus investigaciones con pacientes diabeticos concluyen que, un pesimo control glicemico esta relacionado con aquellos enfermos que no afrontaron adecuadamente el estres. Un efectivo afrontamiento puede prote-

ger a los individuos de los efectos deletereos del estres.

En las investigaciones realizadas por Feldman y Revenson (4), encontraron que estilos de afrontamiento como la busqueda de informacion, puede reflejar el tipo de estructura mental optimista que refuerza la idea de que la informacion - obtenida sera util. Asi Weisman y Worden (10) refieren que - este es un acercamiento que proporciona adaptacion psicologica paraa pacientes con cancer.

Por otro lado las fantasias como estrategia de Afrontamiento ocasionan absorcion de rumiaciones acerca de que pue de hacerse y una auto-compasion, que anhela mejores tiempos; - por lo tanto no proporcionan escape al estres de la enferme-- dad. Su mejor conjetura sobre la direccion de esta causalidad, sugiere que, la enfermedad cronica frecuentemente lleva a un circulo vicioso en el cual la infelicidad y las dificultades en la adaptacion llevan a la rumiacion de ilusiones, - una forma de conducta que refuerza los sentimientos de infeli-- cidad y aceptacion marginal de las limitaciones de la enferme-- dad.

Debido a esto las ilusiones de fantasia parecen reducir el efecto positivo de esta manera se puede concluir que - la mayoria de pacientes que utilizan estrategias de Afronta-- miento inadecuadas ante su enfermedad son propensos a negar o maladaptarse a las mismas y por lo tanto tienden a no reali-- zar un adecuado apego a su tratamiento.

En los trabajos llevados a cabo por Aldrich y Mendkoff (11), reportaron la forma en que estas personas de edad avanzada afrontan la experiencia de pasar de una situación a otra influye en el grado de mortalidad, (las que responden de manera filosofica, son las que presentan una tasa de mortalidad mas baja), seguidos muy de cerca por las que respondieron con ira y mal humor. Los que presentaron altos grados de mortalidad reaccionaron con sentimientos de negacion y depresion.

En las investigaciones de Weisman y Worden (10), asi como las de otros investigadores como Lieberman y Tobi, entre otros (12), sobre supervivencia en las enfermedades neoplasicas, revelaron una tasa de supervivencia mas baja en aquellos enfermos que respondieron con retraimiento y depresion, que los que mantuvieron y utilizaron las relaciones sociales con sus amigos y parientes.

Harburg y cols. (13), en estudios mas recientes con pacientes hipertensos, reportaron hallazgos que llevaron a los investigadores a proponer que existe relacion entre el control del sentimiento de ira o sus condiciones inductoras y la hipertension mencionandose los siguientes estilos de Afrontamiento "interiorizacion del sentimiento de ira" (hablar cuando se esta mas tranquili), sugiriendo que este ultimo se asocio con presiones arteriales mas bajas. Lazarus y Folkman (1), proponen tres posibles formas en que el Afrontamiento puede afectar de manera adversa la salud del organismo.

1) El Afrontamiento puede influir en las frecuencias, intensidad, duracion y forma de las reacciones neuroquimicas al estres.

2) El Afrontamiento puede efectruar la salud de forma negativa, aumentando el riesto de mortalidad y morbilidad cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas como son el alcohol, las drogas y el tabaco, o cuando abocan al individuo a actividades que significan un riesgo importante para su vida.

3) Las formas de Afrontamiento dirigido a la emocion puede dañar la salud al impedir conductas adaptativas, relacionadas a la salud/enfermedad.

En relacion al último punto en el estudio descrito por Kats y Cols (14), encontraron que a traves de procesos de tipo de la negacion, las mujeres sujetas a este estudio lograron reducir la importancia de padecer un tumor de mama, por tanto disminuir su tension emocionnal. Sin embargo, estos procesos demoraron la busqueda de atencion medica. Contrariamente a los descubrimientos de estos investigadores, Scherck (15), en un estudio que examino la forma como afrontar los pacientes con infartos agudos de miocardio, reportaron que ellos utilizaron varios estilos de Afrontamiento entre los que se encontraron; el optimismo, la confrontacion, auto-confianza y otras estrategias de tipo apoyo, mismas que mejoraron sus condiciones generales durante los tres primeros dias.

Tambien se presento la evidencia de que estos pacientes no --
utilizan unicamente la negacion como una estrategia de Afron-
tamiento.

C) Inventario para Estilos de Afrontamiento de Lazarus

A lo largo de los años ha existido una continua crítica sobre el concepto del estrés y su utilidad, basada principalmente en su confusa definición. Lazarus intentó aclarar la cuestión entendiendo el estrés como un concepto muy general como puede ser la emoción, la motivación o la cognición, organizado en torno a los significados que el individuo otorga a las interacciones que desbordan o exceden sus recursos o los del sistema social.

La principal contribución de Lazarus y cols. a la medición de los conceptos clave se ha centrado en la medición del estrés, la evaluación y el Afrontamiento.

Existe un número cada vez mayor de investigadores que han intentado evaluar el afrontamiento de forma sistemática. La mayoría de las investigaciones sobre Afrontamiento realizadas hasta el momento han insistido en los rasgos o estilos globales, utilizando instrumentos de medida como el Defense Mechanism Inventory de Gleser e Ihilevich (1969) el Coping Operations Preference Inventory (Schultz 1967), y los ítems del California Psychological Inventory para la medición del Afrontamiento y de las conductas consideradas de defensa (Joffe y Naditch, 1977). Vichers y Hervig (1981) compararon los tres planteamientos anteriores y encontraron poca convergencia y poca validez discriminatoria en la identifica-

cion de los tres estilos de afrontamiento: negacion, aisla--
miento y proyeccion. La escala de Byrne (1964) tambien esta
claramente orientada hacia el concepto de rasgo. Lazarus y -
cols. proponen que se debe alejar de las evaluaciones globa--
les y dirigirse hacia otras mas especificas de modo que se de
termine que es lo que se esta afrontando. El metodo que desa--
rollaron Lazarus y cols. para evaluar afrontamiento se basa
en que los sujetos reconstruyan situaciones estresantes re--
cientes y describan lo que pensaron, sintieron e hicieron. La
lista de "modos de afrontamiento" puede ser administrada por
uno mismo o preferentemente por un entrevistador. Ademas de
las funciones de afrontamiento dirigido a la emocion y a la
resolucion del problema los items tambien incluyen cuatro for--
mas basicas de afrontamiento: accion directa, inhibicion de -
la accion, busqueda de informacion y una categoria compleja -
designada como Afrontamiento intrapsiquico o cognitivo.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Confirmar si el Inventario de Estilos de Afrontamiento se comporta igual en una población específica.

A) OBJETIVO GENERAL

Validar y confiabilizar el Inventario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus.

B) OBJETIVO ESPECIFICO

Validar y confiabilizar el Inventario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus en la población que asiste a la consulta externa de los diferentes servicios del Centro Hospitalario 20 de Noviembre del ISSSTE.

VI. SUJETOS

137 personas portadoras de algun padecimiento sin im portar cual sea este (incluyen donadores para transplante de organos) mayores de 18 anos de edad, con escolaridad minima - de primaria terminada, sin intereser su sexo, estado civil, - ocupacion, nivel socio-economico, que acudan a la consulta ex terna de los diferentes servicios del Centro Hospitalario 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E.

VII. PROCEDIMIENTO

Se solicito la colaboracion voluntaria de personas - portadoras de cualquier padecimiento, que se encontraban en - la sala de espera del Centro Hospitalario 20 de Noviembre, du rante el mes de septiembre de 1993, administrandoseles el -- cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus, mismo - que se realizo en forma auto-aplicable.

A) INSTRUMENTO

Se utilizo el Inventario para Estilos de Afrontamiento originalmente desarrollado por Lazarus. El inventario -- consta de 67 reactivos, con cuatro opciones de respuesta cada uno.

VIII. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Los sujetos incluidos en la muestra presentaron las siguientes características demográficas:

- a) Edad.- El rango de edades fue de 18 a 85 años, con una media de 32 y una desviación estándar de 14.7.
- b) Escolaridad.- El rango se estableció de 6 a 17 años de estudio con una media de 12 y una desviación estándar de 1.3. La distribución en porcentajes fue: - pacientes con primaria terminada 13.9%, con secundaria 25.5%, con estudios de bachillerato 16.8%, con estudios de licenciatura y carrera técnica 21.9% para cada uno de ellos.
- c) Sexo.- El grupo se formó por 103 mujeres y 34 hombres, representando el 75.2% y el 24.8% respectivamente.
- d) Estado Civil.- El porcentaje de pacientes solteros fue de 33.6%, de casados el 48.2%, viviendo en unión libre el 6.6%, divorciados 4.4%, vivían separados el .7% y finalmente el 6.6% eran viudos.
- e) Número de Hijos.- El rango fue de 0 a 11 con una media de 1 y una desviación estándar de 2.3.
- f) Ingresos Familiares.- El porcentaje de ingresos por familia se distribuyó de la siguiente forma: 51% con ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos, 19.7% entre 2 y 4 salarios mínimos, 19.7% entre 4 y 6 salarios mínimos y con ingresos mayores a 7 salarios mínimos un 4.4%. Un 5.1% de la muestra no reportó sus ingresos.

- g) Entorno Familiar.- El 14.6% de los sujetos de la muestra - refirieron un entorno familiar muy bueno, 46.7% lo reportaron bueno, 31.4% lo comentaron como regular, el 5.1% como malo y el 1.5% lo refirio muy malo. El .7% no reporto este rubro.
- h) Satisfaccion Personal.- El 13.9% de las personas del estudio se refirieron completamente satisfechas, 39.9% bastante satisfechas, 37.2% regularmente satisfechas, un 8.0% insatisfechas y el .7% totalmente insatisfechos. Tambien un .7% no refirio este aspecto.

IX. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

En este estudio el proceso operacional que permitiera validar y confiabilizar el inventario de estrategias de Afrontamiento de Lazarus en la poblacion que acude a la consulta externa del Centro Hospitalario 20 de Noviembre, requirio de la administracion del cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Lazarus. De este grupo de investigacion se excluyeron a personas menores de 18 años, personas con primaria incompleta, con alteraciones en la comprension o problemas perceptuales y finalmente aquellos que no contestaron al menos dos terceras partes de la totalidad del cuestionario.

X. ANALISIS ESTADISTICO

Los resultados obtenidos por los sujetos incluidos en la muestra fueron objeto de un analisis de frecuencias y posteriormente se analizaron las kurtosis y el sesgo de la distribucion de frecuencias correspondiente a cada reactivo (variables), para elegir aquellos que discriminaran mejor y que por lo tanto tuvieran una distribucion normal.

Se realizo un analisis factorial por componentes principales, con rotacion varimax (validez de constructo).

XI. RESULTADOS

Del análisis de frecuencias, kurtosis y sesgo se seleccionaron 37 reactivos que presentaban los siguientes tres criterios:

- a) Frecuencias de menos de 40% de respuestas para una de sus opciones
- b) Kurtosis con valor menor a 1
- c) Sesgo con valor menor a 1.

Los reactivos seleccionados fueron los siguientes:

1, 2, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 29, 34, 36, 38, 39, 42, 43, 44, 48, 50, 52, 54, 56, 57, 59, - 62, 63, 64, 66, 67.

Estos reactivos se sometieron a un análisis factorial en el cual se obtuvieron once factores que explican el 65% de la varianza. De los once factores mencionados, todos ellos mostraron un valor eigen value superior a 1.

Al analizar las cargas factoriales se eliminaron cinco factores por tener menos de tres reactivos con cargas factoriales superiores a .40.

Los factores quedaron constituidos de la siguiente manera: (Ver Cuadro 1 y 2)

CUADRO 1

FACTOR 1		FACTOR 2	
REACTIVO	CARGA FACTORIAL	REACTIVO	CARGA FACTORIAL
1	.50	21	.41
2	.49		
18	.69	43	.64
19	.73		
23	.58	50	.70
36	.72		
38	.76	57	.47
39	.48		
56	.49	59	.57
FACTOR 3		FACTOR 4	
REACTIVO	CARGA FACTORIAL	REACTIVO	CARGA FACTORIAL
1	.41	29	.61
6	.65	34	.69
25	.44	39	.55
63	.71	43	.42
64	.55		

CUADRO 2

FACTOR 5		FACTOR 6	
REACTIVO	CARGA FACTORIAL	REACTIVO	CARGA FACTORIAL
12	.69	4	.68
13	.68	11	.75
15	.58	27	.41
21	.51		
54	.48		

A continuacion se aplico a los factores resultantes la prueba de Alfa de Crombach, obteniendose los siguientes -- resultados:

FACTOR	ALFA DE CROMBACH
1	.80
2	.70
3	.65
4	.66
5	.68
6	.58

De estos resultados solo el primer factor obtiene un Alfa de Crombach ideal con un valor mayor a .80, sin embargo los otros factores presentan Alfa de Crombach consideracas co mo significativas.

Otro de los resultados del análisis factorial fué la producción tres factores enfocados a la emoción, dos dirigidos hacia el problema y un factor que incluye la combinación de ambos, tanto dirigido a la emoción como al problema. Estos factores fueron etiquetados de la siguiente manera:

Reevaluación positiva, factor que está dirigido a la emoción e incluye ítems tales como: "Cambié maduré, como persona", "tuve fé en algo nuevo", Redescubrí lo que es importante en la vida", "cambié algo de mí". Su alfa fué de .80.

Evitación, factor dirigido a la emoción, presentando ítems como: "intente olvidarme de todo", "soñe o me imagine otro tiempo", "Fantasee e imagine el modo en que podrían cambiar las cosas", "me negue a creer lo que había ocurrido". Su alfa fue de .70.

Planeación para resolver el problema, el cual describe esfuerzos para resolver el problema, incluyendo los siguientes ítems: " Me he centrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación", "Pensé como como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo", "me disculpe o hice algo para compensar". Su alfa fue de .65.

Instrumentar una acción, es otro factor enfocado hacia el problema, contiene ítems como: "Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado", "cambie algo para que las cosas fueran bien". Su alfa fue de .66.

Minimización, factor que involucra esfuerzos de afrontamiento concientes para rehusar fijarse en el problema y llevarlo como si nada hubiese sucedido. Distinto al clásico mecanismo de defensa de negación, el factor no lleva implícito la supresión de la amenaza, más aún ésta estrategia refleja una

actitud estoica hacia la vida. Los ítems incluidos tales como: " Seguí adelante con mi destino", "seguí adelante como si nada hubiera pasado", "intente que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas". Su alfa fue de .68.

Acción pasiva, factor que involucra tanto esfuerzos dirigidos hacia la emoción como a la acción e incluye ítems como: "acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo -- quería", "creí que el tiempo cambiaría las cosas y todo lo que tenía que hacer era esperar". Su alfa fue de .58.

Como ya se ha visto las alfas de los factores tienen un rango de .58 a .80 considerándose aceptables los coeficientes de consistencia interna.

XII. DISCUSION.

La propuesta del presente estudio es la de examinar si el Inventario para Estilos de Afrontamiento de Lazarus presenta el mismo comportamiento en una población específica como lo son los pacientes que acuden al C.H. 20 de Noviembre, a la consulta externa. Específicamente se intentó estudiar la confiabilidad y validez del instrumento en la población ya mencionada.

Los resultados aquí expuestos nos indican que, al menos en la superficie, parece se econfirman en la muestra la aparición de estilos de afrontamiento similares a los ya mencionados por otros autores como Felton y Revenson (4), Folkman y Lazarus (7), Lazarus (1), Aldwin y Revenson (15), Vitaliano y cols. (16), mismos que mencionan que posterior a la realización del análisis factorial se produce una cantidad de factores similar a los que aquí se presentan, así como identifican dose tanto en sus investigaciones como el presente estudio, la presencia de factores dirigidos tanto a la emoción como a la resolución del problema, presentando algunos de ellos combinación de ambos, similar a lo ocurrido esta investigación (dos dirigidos al problema: Planeación para resolver el problema e Instrumentar una acción; tres dirigidos hacia la emoción: Reevaluación positiva, minimización y evitación; Finalmente una mezcla de ambos: Acción pasiva), con lo cual se cumpliría el criterio de validación del instrumento.

En cuanto a su confiabilidad (consistencia interna), -

estos mismos factores obtuvieron un rango de alfa de Cronbach de .58 a .80, de los cuales el primer factor es el que cuenta con un alfa ideal, sin embargo los valores de los restantes factores sino ideales son significativos.

El porcentaje de varianza de este trabajo se mantiene muy cerca de lo establecido por las normas, Lazarus (1) menciona al respecto que debido a que los informes subjetivos son la fuente principal de datos sobre evaluación, estrés, emoción y afrontamiento, éste método con todos sus fallos y virtudes, dá lugar a la mayor parte de su variación observada respecto a otros sistemas de recolección de datos.

Otro de los hallazgos de este estudio fue el conocer el tipo de estrategias que utiliza la población objeto de investigación ante un factor estresante específico como es la enfermedad, encontrándose que la mayoría de los factores resultantes fueron dirigidos hacia la emoción, de los cuales el que se refiere a la evitación, así como el factor que mostró una combinación de esfuerzos dirigidos tanto a emoción como al problema, parecen relacionarse con una disminución del grado de realidad y exactitud de las percepciones que ellos involucra, lo cual provoca que no haya una reducción del estrés que produce la enfermedad, considerándose entonces estas estrategias de producir mala adaptación a la enfermedad.(4). Sin embargo contrariamente a lo anterior las restantes estrategias dirigidas a la emoción como son la reevaluación positiva y la minimización al permitir disminuir la carga de estrés produce la enfermedad pueden ayudar al paciente a una mejor y más rápida adaptación y por lo tanto mejorar su bienestar.

XIII. Conclusiones.

Esta investigación sugiere que a pesar de que el proceso de afrontamiento tiende a ser más variable que estable, los resultados obtenidos presentan una confiabilidad y validez aceptables, así parece ser que el Inventario para estilos de Afrontamiento de Lazarus se comporta de la misma manera en la población de pacientes que asiste a la consulta externa del Centro Hospitalario 20 de Noviembre, además que los factores resultantes sugieren que los pacientes presentan un mayor porcentaje de estrategias dirigidas a la emoción, dsin embargo no todas ellas muestran relación con una pobre adaptación, sino al contrario tienden a mejorar el bienestar emocional-- al lograr una mejor adaptación al disminuir los esfuerzos para disminuir el estres que produce la enfermedad.

XIII. ALCANCES Y LIMITACIONES.

A pesar de que el estudio obtuvo resultados significativos y aceptables, estos se deben tomar con reserva ya que en él no se lograron obtener las circunstancias ideales que le den a este trabajo un respaldo firme. La principal circunstancia y la más importante es la que hace referencia a la muestra, misma que en condiciones ideales debió albergar una cantidad de sujetos mayor a la presentada, en base a los reactivos ($5n$) donde n = al número de la muestra a investigar ($37 \times n = 185$ sujetos).

El motivo de que la muestra no fuera lo suficientemente amplia se debió a las obras de remodelación del Centro Hospitalario 20 de Noviembre, debido a que a partir del mes de agosto se iniciaron tales obras con la movilización y evacuación de la mayoría de servicios clínicos, para su reubicación en otros hospitales, situación que disminuyó en gran proporción la asistencia de pacientes a los servicios de consulta externa.

Los alcances que presenta la investigación se refieren a que se logró definir algunas de las estrategias con que afrontan su enfermedad los pacientes de la muestra, lo que sugiere que además de medir los estilos de afrontamiento, se abre la posibilidad de realizar estudios dirigidos al conocimiento de tales estrategias y su relación directa con ciertas enfermedades, como una propocición para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

XIII. SUGERENCIAS.

La principal recomendación que emerge de esta investigación es la de que se continúe la misma, con las bases que en ella se proponen, o realizar otra con metas similares para obtener resultados más contundentes y lograr una validación del instrumento con mayor respaldo estadístico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Lazarus R.S., Folkman S. Estrés y procesos cognitivos.1986
2da. ED. Barcelona Esp. Ed. Martínez Roca.
- 2.-Aldrich C.K., Mendkoff E. Relocation of the ages and disabled: A mortality study. B.L. Neugarten (ED) 1963, Middle-aged and aging: A reader insocial Psychology.Chicago: University of Chicago Press.
- 3.-Lipowski Z.J.: Physical illness, The individual and coping process. International Journal of Psychiatry in Medicine;- 1976-77; 7: 1-15.
- 4.-Felton B.J., Revenson T.A..Coping with Chronic Illness: A - study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment.Journal of Consult. and Clin Psychology. 1984; 52 (3): 343-353.
- 5.-Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist. 1982; 37:122-147.
- 6.-Folkman S., Lazarus R.S.. An analysis of coping in a middle aged community sample.J.Healt and Soc.Behavior 1980.21:219 239.
- 7.-Folkman S., Lazarus R.S..Appraisal, Coping, Health status, and Psychological symptoms.J.of Personality and Soc.Psychol. 1986. 50 (3): 571-579.
- 8.-Affleck G., Urrows S. Daily coping with pain from rheumatoid arthritis:Patterns and correlated. Pain; 1992.51 (2);221-9.
- 9.-Manyande A., Salmon P.,Recovery from minor abdominal surgery: A preliminary attempt to separate anxiety and coping. Br.J.Clin.Psychology.1992.31:227-237.

ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

10. Peyrot M.P., Mc Murry J.P., Stress Buffering and glicemic-control. The role of coping styles. *Diabetes care*.1992;15 (7): 842-6.
- 11.-Weisman A.D., Worden J.W., Psychosocial analysis of cancer deaths. *International J. of Psychiatry in Medicine*; 1976;7 1-15.
- 12.-Lieberman M.A., Tobin S.S., The experience of old age: -- stress, coping, and survival. Nueva York: Basic books.
- 13.-Harburg E., Blakelock E., Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure: *Psychosomatic Medicine*; 41: 189-202.
- 14.-Katz J.J., Weiner H., Stress, distress, and ego defenses. *Archives of general Psychiatry*. 1970; 23: 131-42.
- 15.Alduin C.M., Revenson T.A., DOES COPING HELP? A reexamination of relation between coping and mental healt. *J Personality and Soc Psychology*.1987; 53 (2): 337-348.
- 16.- Vitaliano P.P., Russo J., The ways of coping cheklist Revision and psychometric properties; *Multivariate Behavioral Research*; 1985; 20 (3)" 3-26.
- 17.-Epstein S..Coping ability, negative self-evaluation, and overgeneralization: Experiment and theory. *J Personality and Soc Psychology*. 1992; 62 (5):826-836.
- 18.-Pearlin L.E., Schooler C., The estructure of coping. *J Healt and Soc Behavior*. 1978; 19:2-21.
- 19.-Hendrix W.H., Ovalle N.K., Behavioral and psychological consequences of stress and its antecedent factors.*J of Applied Psychology*. 1985; 70(1): 188-201.

- 20.-Linden W., Delroy L., Effects of response styles on the -
report of Psychological and somatic distress. *J of Consul
and Clin Psychology*. 1986; 54 (3) : 309-313.
- 21.-Denney D.R, Frisch M.B., The role of neuroticism relation
to life stress and illness. *J Psychosom Research*. 1981 25
(4): 303-307.

MODOS DE AFRONTAMIENTO (Revisado)

Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y rodee con un círculo la categoría que exprese en qué medida actuó como describe cada uno de ellos.

		En absoluto	En alguna medida bastante	En gran medida.	
1.-	Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso).	0	1	2	3
2.-	Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3.-	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás	0	1	2	3
4.-	Cree que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar	0	1	2	3
5.-	Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6.-	Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7.-	Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8.-	Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación	0	1	2	3
9.-	Me criticó o me sermoneó a mí mismo	0	1	2	3
10.-	No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta.	0	1	2	3

11. -	Confíe en que ocurriera un milagro.	0	1	2	3
12. -	Seguí adelante con mi -- destino (simplemente, -- algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
13. -	Seguí adelante como si -- no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14. -	Intente guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15. -	Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar -- las cosas por su lado--	0	1	2	3
16. -	Dormí más de lo habitual en mí.	0	1	2	3
17. -	Manifesté mi enojo a la (s) persona(s) responsable(s), del problema.	0	1	2	3
18. -	Acepté la simpatía y -- comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19. -	Me dije a mí mismo -- cosas que me hicieron sentirme mejor.	0	1	2	3
20. -	Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21. -	Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
22. -	Busqué la ayuda de un -- profesional.	0	1	2	3
23. -	Cambié, maduré como -- persona.	0	1	2	3

24. -	Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
25. -	Me disculpé o hice algo -- para compensar.	0	1	2	3
26. -	Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27. -	Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería.	0	1	2	3
28. -	De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1	2	3
29. -	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3
30. -	Sali de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3
31. -	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
32. -	Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	0	1	2	3
33. -	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando--tomando drogas o medicamentos, etc.	0	1	2	3
34. -	Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. -	Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar -- por mi primer impulso.	0	1	2	3
36. -	Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3

37. -	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38. -	Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39. -	Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40. -	Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3
41. -	No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	0	1	2	3
42. -	Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1	2	3
43. -	Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.	0	1	2	3
44. -	No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
45. -	Le conté a alguien cómo me sentía.	0	1	2	3
46. -	Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	0	1	2	3
47. -	Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48. -	Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.	0	1	2	3
49. -	Sabía lo que había que hacer así que redoblé mis esfuerzos, para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
50. -	Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3

51. -	Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52. -	Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53. -	Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54. -	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas.	0	1	2	3
55. -	Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía.	0	1	2	3
56. -	Cambié algo de mí.	0	1	2	3
57. -	Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
58. -	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	0	1	2	3
59. -	Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60. -	Recé.	0	1	2	3
61. -	Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62. -	Repasé mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63. -	Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.	0	1	2	3
64. -	Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3

65.-	Me recordé a mi mismo cuánto peor podrían ser las cosas.	0	1	2	3
66.-	Hice jogging u otro ejercicio.	0	1	2	3
67.-	Intenté algo distinto de todo lo anterior. (Por favor, descríballo.)	0	1	2	3