

31961



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

529.

VALORACION Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRES EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE MAESTRA EN MODIFICACION DE CONDUCTA PRESENTA: DULCE MARIA GUILLEN CADENA

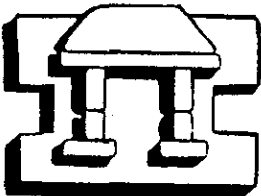
ASESOR: MTR. LEONARDO REYNOSO ERAZO.

COMITE DE TESIS: DRA. PATRICIA TRUJANO RUIZ.

MTR. JUSTINO VIDAL VARGAS SOLIS.

DRA. MARIA SUAREZ CASTILLO.

MTRA. SANDRA ANGELICA ANGUIANO SERRANO.



IZTACALA MEXICO, D. F.

1998.

265104

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.

AL PODER SUPERIOR POR:

LA VIDA.

MIS PADRES, JESÚS Y MAURA: MARAVILLOSOS SERES QUE SIEMPRE ESTAN CONMIGO.

MIS HERMANOS, GUADALUPE, LUCY, VICTOR, TERE, LILI, MARTIN, Y MI PEQUEÑA LULÚ: PRIMER MOTIVO PARA SUPERARME.

MI ESPOSO, FERMÍN ROBERTO: COMPAÑERO DE MUCHOS AÑOS QUE HA SIDO MI APOYO Y EJEMPLO DE TENACIDAD, PERSEVERANCIA Y TRABAJO.

MIS HIJOS, ROBERTO E ITZEL : MOTIVO Y RAZÓN DE LUCHA CONSTANTE DE SUPERACIÓN HUMANA Y PROFESIONAL.

MIS SOBRINOS: SEGUNDOS HIJOS.

MIS AMIGAS: POR ACEPTARME TAL COMO SOY , POR SU CARIÑO Y APOYO.

AL MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO (LEO), POR SUS CONOCIMIENTOS, SU DIRECCIÓN PARA ELABORAR ESTE TRABAJO, PERO SOBRE TODO POR CREER EN MÍ Y BRINDARME SU AMISTAD EN FORMA INCONDICIONAL.

AGRADECIMIENTOS:

A todos y cada uno de mis maestros que contribuyeron a mi formación profesional.

A las personas que directa o indirectamente contribuyeron a la realización de este trabajo pero muy especialmente a:

DRA. PATRICIA TRUJANO RUÍZ: Que con su ejemplo me motivó a seguir adelante en momentos difíciles, algo muy especial.

MTRO. JUSTINO VIDAL VARGAS SOLIS: Mi primer maestro: por su apoyo incondicional a cada momento.

HERMY: abriste un nuevo horizonte.

IVONNE y SANDRA: Por ser tan buenas compañeras.

A mis queridas ALUMNAS.

A LOS QUE CREYERON EN MÍ: GRACIAS.

INDICE.

Introducción-----	1
CAPÍTULO 1.-	
Psicología de la Salud.	
1.1.- Antecedentes.-----	3
1.2.- Terapia Cognitivo Conductual.-----	8
1.3.- Medicina Conductual.-----	13
1.4.- Psicología de la Salud.-----	16
1.5- Areas de aplicación-----	22
CAPÍTULO 2.-	
Estrés.	
2.1.- Antecedentes-----	28
2.2.- Modelos sobre el estudio del estrés.-----	35
CAPÍTULO 3.-	
Adolescencia, valoración y Afrontamiento.	
3.1.- Generalidades sobre la adolescencia.-----	42
3.2.- Valoración y Afrontamiento en los Adolescentes.-----	52
METODOLOGÍA-----	62
RESULTADOS-----	67
DISCUSIÓN-----	78
BIBLIOGRAFÍA-----	84
ANEXOS-----	88

INTRODUCCIÓN

El estudio del estrés lleva invariablemente al estudio de los problemas de salud humana, y debido a esta necesidad han surgido nuevos campos o disciplinas específicas de estudio, ejemplos de ello, son la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud, las cuales tienen como objetivo el estudio de los factores del comportamiento individual en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud. (Pomerleau y Brady, 1979).

Uno de los principales temas de interés en la actualidad es el estudio del estrés, así como las enfermedades y trastornos relacionados con él, sin embargo la definición de este término ha constituido un verdadero problema, porque han existido un sin número de definiciones y desacuerdos entre los autores para llegar a una conceptualización única de este término, obviamente ésta será vinculada al tipo de modelo que se esté planteando, pero independientemente del modelo teórico que se esté manejando, todos los autores coinciden en que el estrés es un desequilibrio o una alteración corporal producida a partir de la respuesta general o inespecífica de alarma o de emergencia de un individuo ante las situaciones problemáticas o exigencias a que se ve sometido en su vida diaria (Carrobbles y Godoy, 1991).

Uno de los modelos más importantes es el Lazarus y Folkman (1986) quienes definen el estrés como "una relación particular entre el individuo y el entorno que es considerado por este como amenazante o desbordante de sus recursos", para Lazarus y Folkman el estrés deja de ser un estímulo o una respuesta fisiológica o emocional para convertirse en

un proceso en el cual la relación entre el individuo y su medio se define como estresante en términos de la interacción dinámica de dos procesos básicos: la valoración cognoscitiva que cada persona hace sobre las demandas ambientales y las estrategias de afrontamiento con que cuenta para se frente a dichas demandas.

Muchos también han sido los que mencionan la adolescencia como la etapa de la vida más crítica del ser humano, sin embargo tampoco se ha conceptualizado ésta de una manera única, pero es innegable que el adolescente actualmente tiene que responder a una gran cantidad de demandas generadas por el medio ambiente que le rodea, y que la mayoría carece de estrategias de afrontamiento para poder satisfacer esas demandas, como resultado de esto se incrementa la frecuencia de las interacciones estresantes, por lo que se produce en él un desequilibrio que puede repercutir en el aspecto físico o psicosocial.

Considerando que es la interacción de los procesos de valoración y afrontamiento, lo que genera las interacciones estresantes, la presente investigación consistió en analizar las características de dichos procesos en una población de adolescentes estudiantes de enfermería entre 14 y 18 años, población femenina inmersa en un proceso educativo de formación profesional potencialmente estresante.

Como procesos dinámicos la valoración y el afrontamiento se ven influidos por una serie de factores que aislados o en conjunto modifican los resultados de la interacción.

CAPÍTULO 1.- PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

1.1.- ANTECEDENTES.

El término Psicología de la Salud se viene utilizando, desde finales de la década de los setenta, por un gran número de psicólogos para dominar la actividad de la Psicología y de sus profesionales en el área de la salud, sin embargo consideramos importante antes de incursionar en la conceptualización y análisis de la misma, que mencionemos algunos de los antecedentes más importantes que la precedieron. La Psicología de la Salud se sustenta en la denominada Medicina Conductual, la cual a su vez tiene sus antecedentes en la Terapia Conductual y en la aplicación de sus técnicas las cuales se utilizan para tratar problemas relacionados con el proceso salud- enfermedad.

El modelo conductual surge por la insatisfacción con las aproximaciones tradicionales (modelo médico) a la explicación, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones y por el papel asignado al psicólogo. Desde la psicología se empezó a considerar como inadecuado el modelo médico y psicodinámico para la conceptualización de los trastornos psicológicos. Esta oposición a los modelos tradicionales, fue conformando una nueva aproximación para explicar las conductas desadaptativas.

El surgimiento primero de las técnicas de Modificación de Conducta (Ullman y Krasner, 1965) y la Terapia Conductual (Yates, 1970) y posteriormente la distinción respecto a ellas

del Análisis Conductual (Baer, Wolf y Risley, 1968), planteó la posibilidad de una nueva concepción de las tareas implicadas por la psicología clínica, incluyendo el cuestionamiento mismo del modelo médico subyacente a ciertas prácticas o conceptos clínicos tradicionales.

Durante la Segunda Guerra Mundial se desencadenaron una serie de problemas humanos que revolucionaron el entrenamiento y el ámbito del psicólogo clínico dentro de su práctica. Tras la guerra el número de personas que requerían atención especializada por problemas de salud mental se incrementó exageradamente, y se hizo necesario emplear personal especializado que atendiera a dichas personas. Los médicos disponibles eran insuficientes, y de esta manera tomó importancia el papel del psicólogo clínico al ser tomado en cuenta para intervenir en los hospitales militares. Sin embargo en ese momento se requerían de técnicas rápidas y eficaces que dieran solución a los problemas que se estaban presentando (Macia 1997); (Kazdín 1983). Cuando se manifestaron estas insatisfacciones, el desarrollo de la modificación de conducta permitió encontrar soluciones que se pueden resumir en los siguientes antecedentes

- 1.- Los modelos tradicionales para explicar la conducta "anormal" eran inadecuados.
- 2.- En la práctica clínica se querían aplicar los paradigmas de la psicología experimental.
- 3.- La evaluación psicológica tradicional sufrió una crisis, porque no se adecuó al nuevo modelo.

El modelo tradicional se consideró inadecuado por lo siguiente:

- 1.- Se centra en la “enfermedad” y no en la “salud”.
- 2.- Solo se limitaba al diagnóstico.
- 3.- Solo se enfocaba al individuo y no al grupo y la comunidad.
- 4.- Estaba asociado a la psiquiatría (modelo médico).
- 5.- Hacía referencia a una división mente- cuerpo.
- 6.- Le daba importancia al trabajo hospitalario y dejaba de lado las actividades de prevención en instituciones y comunidad, (Ordoñez 1987; citado en Morales y Azcaño, 1987).

Cuatro supuestos básicos son los que caracterizan a la Modificación Conductual, que son los siguientes:

- 1.- El modelo conductual de la conducta “anormal”.

Este hace referencia a la continuidad de la conducta , las diferencias entre la conducta “normal” y “anormal” no son cualitativas, sino que se dan como un proceso. La conducta

es aprendida, se mantiene y se modifica por los mismos principios, independientemente de cómo se le considere socialmente. Sin embargo esta conducta “desadaptada” puede sustituirse por otra “adaptada”.

2.- Aplicación de los principios de la psicología experimental.

La Modificación Conductual pretende aplicar a la práctica clínica datos experimentales, y desarrollar técnicas terapéuticas por medio de teorías concretas.

Gran parte de las técnicas utilizadas en la Modificación Conductual están basadas en la teorías del aprendizaje. Varios autores (Sechenov, Pavlov, Bechterev, Watson, Skinner, Tolman, Guthrie, entre otros) asentaron antecedentes pues utilizaron los principios del condicionamiento para explicar y alterar conductas desadaptadas. Otros autores como Jones (1924), Burnham (1924- 1932), Mowrer y Mowrer (1935), Salter (1949) y Wolpe (1952), trataron de integrar aspectos de diferentes paradigmas de aprendizaje a los problemas clínicos. Bandura (1977, 1986), propuso una teoría de aprendizaje social que aborda varios tipos de aprendizaje y la diversidad de influencias que cada tipo enlaza. Así los enfoques del aprendizaje social utilizan elementos de aprendizaje clásico, operante y vicario para explicar la conducta, integran elementos del medio ambiente y, a un grado mucho mayor, cogniciones (pensamientos, creencias, percepciones). Acerca de los eventos ambientales en una estructura general, que depende de diferentes experiencias de aprendizaje. Los enfoques del aprendizaje social enfatizan los múltiples tipos de influencias sobre la conducta que ocurren en el contexto del desarrollo social y proporciona un marco desde el cual se puede explicar la conducta en general, dándonos un enfoque conductual integrado para comprender los problemas clínicos y su tratamiento. Dentro de

la modificación conductual, es la teoría del aprendizaje social, la cual reconoce la importancia tanto de influencias cognoscitivas como de las ambientales y su interacción.

3.- Interés centrado en la conducta.

Se han dado diferentes puntos de vista con respecto a los "estados internos" de los individuos en el momento de tratar un problema. Por ejemplo Wolpe supone que existe una variable intermedia como la ansiedad en las conductas de evitación, y ésta se vincula con medidas más objetivas como el autoinforme, la conducta manifiesta y las medidas fisiológicas, los modificadores de conducta así lo refieren., otros terapeutas de la conducta se refieren en ocasiones a conductas encubiertas o a fenómenos privados como: pensamientos, imágenes, sentimientos, que no son evidentes a lo externo. Algunas de las veces estos fenómenos internos constituyen el principal objetivo terapéutico. Otros terapeutas evitan recurrir a estados de mediación como la ansiedad, las conductas encubiertas y las cogniciones, fijando solo su atención en la conducta manifiesta y en el medio ambiente del sujeto, empleando solo técnicas operantes como estrategias de intervención.

4.- Metodología.

Se caracteriza por combinar lo científico con los intereses terapéuticos en la evaluación de la terapia. El diagnóstico conductual se centra en las conductas relevantes y en las condiciones bajo las cual se realizan, no pretende dar una etiqueta diagnóstica (Kazdin 1983).

1.2.- TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

La Terapia Conductual surge como una alternativa de tratamiento integral, ya que como anteriormente se mencionó, el modelo que imperaba era puramente psicopatológico.

La modificación conductual considera que la conducta es aprendida y que así como se aprende puede modificarse por medio de técnicas basadas en los principios del condicionamiento clásico, el operante, y del análisis experimental de la conducta. La experimentación humana puso de manifiesto una serie de características de la conducta operante muy significativas desde el punto de vista clínico y aplicado.

Las primeras técnicas basadas en el condicionamiento operante se realizaron en los años 50' y principios de los 60', había una tendencia a polarizar diferentes opiniones sobre la conducta humana. Se había observado ya previamente en investigaciones que la conducta "anormal" se podía modificar manipulando las consecuencias reforzantes y aversivas del ambiente, esto pretendía demostrar lo que se podía realizar con las nuevas técnicas, y con ello se inició una nueva área de investigación del Análisis Conductual Aplicado, al cual a diferencia de otras áreas dentro de la Modificación Conductual, con frecuencia se denomina conductismo radical, se le consideró así porque su punto de vista focal está exclusivamente en la conducta abierta (manifiesta), en lugar de estados subjetivos (afecto) y pensamientos (cognición) lo anteriormente expuesto dejó de lado los postulados de que existen causas "inconscientes" en todos los problemas de conducta (Kazdin 1983; Melamed, 1984; Meagher, 1982; Belar, 1987).

El objetivo principal de la Terapia Conductual fue desarrollar un tratamiento que fuera distinto de la teoría y práctica de la terapia tradicional. El Modificador de Conducta debía centrarse en la conducta y sobre la causa subyacente. Desde su inicio la Terapia Conductual demostró ser más eficaz que la psicoterapia tradicional, al aplicar técnicas diferentes que ya habían sido probadas experimentalmente, para alterar o eliminar conductas "inadecuadas".

Tales argumentos eran importantes para auxiliar el hecho de que el movimiento hacia la Modificación Conductual lograra autonomía e independencia como un nuevo paradigma.

Al mismo tiempo, se propusieron puntos de vista radicales (Eysenck, 1959) que han sido templados por las perspectivas del tiempo, por un conocimiento más profundo de la conducta humana y por los hallazgos de investigación a partir de diferentes perspectivas.

Los enfoques conductuales han evolucionado, muchas influencias que no son externas al individuo (las cogniciones por ejemplo), juegan un papel central dentro de varios puntos de vista de la Modificación Conductual. Existen teorías de la conducta que tratan de integrar aspectos de diferentes paradigmas de aprendizaje y que toman en consideración procesos cognitivos (Fishman, Rotgers y Franks, 1988; Reis, 1991). Bandura (1977, 1986), propuso una teoría de aprendizaje social que aborda varios tipos de aprendizaje y la diversidad de influencias que cada tipo enlaza. Así los enfoques del aprendizaje social utilizan elementos de aprendizaje clásico, operante y vicario para explicar la conducta.

Las técnicas con base cognitiva son un conjunto de procedimientos que se apegan a la noción general de que el cambio conductual puede lograrse alterando los procesos

cognitivos ; los cuales actúan como punto focal del tratamiento e incluyen percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes. Las hipótesis que subyacen dichas técnicas proponen que los procesos cognitivos desadaptados conducen a conductas desadaptadas y que la modificación de estos procesos puede conducir al cambio conductual. Los procesos cognoscitivos son importantes en el cambio y control de la conducta, y aunque el objetivo principal de la Modificación Conductual es el trabajar con la conducta manifiesta, ha tomado en cuenta algunos acontecimientos privados para llevar a cabo este cambio. Ejemplo: la imaginación se ha utilizado en técnicas tales como la desensibilización sistemática, y la reestructuración cognitiva,. A partir de estas técnicas se desarrollaron otras tales como la terapia racional emotiva, entrenamiento en la solución de problemas y todas las técnicas de autocontrol tales como: autorrefuerzo y autocastigo, entrenamiento en relajación, y entrenamiento en inoculación de estrés .

La consideración de los procesos cognoscitivos, es un agregado significativo a los enfoques de tratamiento, debido a que estos procesos enfatizan la manera en que el individuo percibe el ambiente; por lo cual el modo en que se hace puede influenciar grandemente el impacto de los eventos ambientales.

Las diferencias en las percepciones no deben considerarse a la ligera, ya que el estrés, ansiedad, temor y otros signos biológicos y psicológicos de estas personas pueden ser distintos. Además los eventos no solo son diferentes "en sus mentes", sus percepciones pueden tener un impacto directo sobre la seguridad de la experiencia.

El interés en los procesos cognoscitivos como procedimiento de la Modificación Conductual puede rastrearse en muchas influencias tanto en la investigación básica como en la clínica. La investigación básica en la psicología del desarrollo ha sido muy significativa. Las áreas medulares de la investigación psicológica se centran en los procesos cognitivos y en su influencia sobre la percepción, motivación, aprendizaje, formación de actitudes e interacción social. La investigación básica en psicología del desarrollo se basa en tópicos como la forma en que surgen en la infancia los procesos cognitivos, el lenguaje y de que modo éste afecta a la conducta.

Se ha demostrado que los procesos cognoscitivos se relacionan con cierto número de trastornos tales como la depresión, ansiedad, estrés, y otros.

La principal dificultad de tomar en cuenta los procesos cognoscitivos radica en la cuestión de la metodología, debido a que los eventos privados solo puede detectarlos la persona que los experimenta y solo puede hacerse referencia a ellos mediante el reporte verbal.

Las técnicas cognoscitivas por lo general suelen emplearse en combinación con otras técnicas, por ejemplo con el reforzamiento.

La evolución de la Modificación conductual es innegable y su consolidación en los años setenta se caracteriza por la metodología que utilizó, en la cual se incluye: la evaluación, el rol activo del paciente, además se toma en cuenta la prevención de la

enfermedad y la promoción de la salud a nivel individual y colectivo, el contexto social es considerado bidireccional, es decir, el paciente influye en el medio ambiente y éste en él, estudia al individuo, familia y comunidad, su campo de aplicación se ha extendido al ámbito educativo, deportivo, laboral, y más recientemente en el campo de la salud, iniciando aquí el campo de la medicina conductual, que utiliza modelos distintos a los tradicionales combinando técnicas y procedimientos y reorienta el perfil del psicólogo.

En el siguiente capítulo explicaremos más detalladamente la Medicina Conductual.

1.3.- MEDICINA CONDUCTUAL.

La salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del hombre con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste. La salud y la enfermedad obedecen a los mismos factores externos e internos. Salud es adaptación y equilibrio entre ambos; la enfermedad es la desadaptación.

Los factores psicológicos, culturales y sociales relacionados con la salud y la enfermedad aunque son conocidos, son menospreciados con frecuencia a pesar de las consecuencias que producen entre las que podemos mencionar: la pobreza, el analfabetismo, la incultura, la urbanización, la industrialización, la centralización y la mala distribución de recursos, entre otros, causan trastornos físicos y psicológicos importantes tales como: estrés, neurosis, conductas antisociales etc. Siendo tan numerosos los factores que intervienen en este proceso y tan variadas las respuestas del organismo, se ha establecido el principio de multicausalidad, que no tiene solamente un valor teórico sino que nos orienta para poder actuar con mayor efectividad.

La atención del individuo se debe centrar en sus esferas biopsicosocial y en la interacción de ellas, y debe ser abordada de manera multidisciplinaria y es así como surge el término "Medicina Conductual."; en 1978 Schwartz y Weiss la definieron como el campo interdisciplinario que trata con el desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias conductuales y biomédicas que son relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de estos conocimientos y técnicas para la prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación.

Pomerleau y Brady (1979) dieron una definición más exacta de la medicina conductual y que postula lo siguiente:

1.- La utilización de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta para la evaluación, prevención, e intervención de las enfermedades físicas.

2.- El énfasis en la investigación, que de alguna manera contribuye al análisis funcional de la conducta, asociada con las enfermedades físicas y con los problemas que surgen en el cuidado de la salud.

Agras en 1982 consideró a la Medicina Conductual como “un canal de comunicación entre un conjunto de disciplinas no conectadas previamente” (citado en Buela y Casal, 1993) entre estas disciplinas se encuentran las ciencias conductuales y sociales, la biomedicina y las especialidades médicas.

Taylor (1990) y Godoy (1991) señalan que la característica principal de la medicina conductual es la consideración del proceso salud- enfermedad, especialmente en las enfermedades crónicas, que como ya se mencionó con anterioridad está determinado por el principio de multicausalidad, todo esto conlleva a la reconsideración de los modelos tradicionales médicos de la enfermedad, los cuales señalan que las causas de las enfermedades se deben fundamentalmente a factores biológicos.

Esta consideración se ha caracterizado históricamente por dos fases; en un primer momento, se considera la participación de factores psicológicos como un elemento

importante dentro de la génesis de la enfermedad. Posteriormente se incluyen los factores sociales y ambientales que determinan la enfermedad, de manera que ésta es concebida como algo de naturaleza biopsicosocial o sociopsicosomática (Carroble, 1984).

La Medicina Conductual retoma el uso de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta y dentro de su campo de investigación utilizan el análisis funcional como herramienta para explicar los comportamientos asociados a los problemas de salud, lo cual le da un enfoque distinto a las explicaciones anteriores en donde el psicólogo no podía intervenir ampliamente. Al hablar de Medicina Conductual, no podemos dejar de mencionar lo que es la Psicología de la Salud, que si bien para algunos autores son sinónimos, esto es incorrecto.

A continuación la abordaremos de manera más específica.

1.4.-PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

El término Psicología de la Salud se viene utilizando, desde finales de la década de los setenta, por un gran número de psicólogos para denominar la actividad de la psicología y de sus profesionales en el área de la salud.(Reig, Rodriguez y Mirá, 1987).

Aunque para algunos autores Medicina Conductual y Psicología de la Salud son sinónimos, ésto es incorrecto, y se refleja en la definición que da Stone (1979) a la Psicología de la Salud, la cual considera que es la aplicación de la psicología al logro de los objetivos del sistema de salud; debido a las diversas aportaciones que hacen cada uno de los enfoques, no se cuenta con un modelo único que satisfaga todas las contribuciones.

Matarazzo (1980) sostiene la conceptualización dada por la Asociación Psicológica Americana (APA) y que es la siguiente; La Psicología de la Salud es el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de la misma, el tratamiento de la enfermedad, para la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema de cuidado y de formación de la salud.

Stone (1988) señala que la Psicología de la Salud es la intersección del sistema total de salud con toda la psicología. Consiste en la aplicación de cualquier aspecto del conocimiento o técnica psicológica a cualquier problema del sistema de salud.

Sin embargo no se puede dejar de lado el hecho de que la Psicología de la Salud está estrechamente ligada al desarrollo conceptual y a las contribuciones de la Medicina Conductual. (Holtzman, 1988). A pesar de que el interés en la interacción entre la conducta y la aparición de la enfermedad es tan antiguo como la práctica de la medicina, el trabajo sistemático de la Psicología de la Salud es reciente.

A la Psicología de la Salud se le considera como una actividad clínica derivada de la terapia conductual, pues utiliza métodos de evaluación y técnicas de ésta. (Seligson (1991) y Seligson Reynoso, y Nava (1993) la definieron como un campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta y se vuelve de vital importancia para la comprensión de la salud y la enfermedad física y su aplicación, o sea para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El campo de estudio de la Psicología de la Salud es una interacción de la multidisciplina, ha extendido la investigación sobre la prevención de la enfermedad a través de cambios conductuales y medioambientales logrando con ello el control de algunas enfermedades crónicas que en este momento predominan en nuestra sociedad.

Si entendemos la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente como ausencia de enfermedad, estaremos de acuerdo con la necesidad de incorporar, dentro de las ciencias de la salud, el componente social y el psicológico, ya que

el biológico ha sido, y es todavía, el imperante dentro de éstas. Paralelamente a este movimiento de defensa de la perspectiva biopsicosocial (Taylor, 1986), otra serie de factores está posibilitando la incorporación tanto de la psicología como de sus profesionales a un nuevo modelo de salud. Según Reig, Rodríguez y Mirá (1987) estos factores pueden resumirse en:

1.- La salud se considera un derecho social básico; así la ley general de sanidad (BOE, 1986, España) amplía el concepto de salud, incorporando aspectos no estrictamente médicos y la entiende como un concepto integral que incluye la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción. Se incide además en que el valor básico de la política sanitaria será la salud.

2.- Durante el presente siglo se ha producido un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad en nuestro país y en estas pautas se ha constatado que lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que hace. Esta cuestión hace que en la actualidad la investigación epidemiológica sea básicamente psicosocial.

3.- La aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia de comportamiento a un gran número de problemas de salud, con un gran número de resultados positivos, ha abierto en el área asistencial la posibilidad de que las intervenciones psicológicas puedan recomendarse como alternativas o como complemento a la *intervención biomédica*.

4.- El enorme crecimiento de los gastos sanitarios, sin llevar paralelamente una mejoría en el estatus de salud de las personas, ha obligado a los planificadores a un replanteamiento del tema; y si como nos muestra la epidemiología, la conducta es el principal contribuyente al estatus de la salud, entonces, probablemente, el desarrollo de la Psicología de la Salud puede aportar una buena relación costo utilidad, que implique ampliar la duración de la vida y mejorar la calidad de ésta.

Analizando lo anteriormente expuesto, para entender el significado de esta disciplina hay que hacer referencia a los cambios en el concepto de salud dominante, que actualmente se está desarrollando. En relación a este punto, Matarazzo (1984) señala que los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad, caen dentro del enclave denominado *estilo de vida*, estas son: *Enfermedades Coronarias, Tumores Malignos, Accidentes Cerebrovasculares, Accidentes Vehiculares, y Diabetes.*

Así, la influencia estimada en porcentajes de cuatro grupos de factores, al comienzo y durante el transcurso de algunos problemas graves de salud, corresponden por orden a: el *estilo de vida* 51%, los factores biológicos 20%, las influencias ambientales 19%, y los *servicios de cuidados de salud* 10%. Se observa cómo el *estilo de vida* (hábitos de comportamientos) explica más de la mitad de la variación de los datos. Estas conductas pueden ser modificadas y repercutir sobre el estatus de salud.

Además, debido a la naturaleza crónica de muchos problemas de salud, la mayoría de las veces el individuo necesita aprender conductas nuevas o modos de comportamientos diversos, así como una reestructuración de su *estilo de vida* particular anterior, de manera

que se adapte lo mejor posible a las secuelas psicosociales del problema de salud, favoreciendo la rehabilitación y previniendo posibles recaídas.

Cualquier trabajo de investigación sobre la salud es imposible sin conocer el contexto psicológico y social donde ésta se experimenta y tiene lugar. Esta concepción interactiva es uno de los factores que más ha contribuido al rápido desarrollo del campo de la Psicología de la Salud. Reig, Ramírez y Mirá (1987) señalan que la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas:

- 1.- Que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades o, en otras palabras, que algunas conductas son factores de riesgo.
- 2.- Que la modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.
- 3.- Que el comportamiento se puede modificar con relativa facilidad.
- 4.- Que las intervenciones psicológicas pueden resistir (con balance favorable) un análisis de costo-utilidad-eficacia.

La psicología de la salud ha sido definida como: "El conjunto de contribuciones de la disciplina psicológica en lo científico, social y profesional dirigida a:

1.- Promoción y mantenimiento de la salud.

2.- Prevención y tratamiento de enfermedades.

3.- Identificación de los correlatos etiológicos y de diagnóstico de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas.

4.- Análisis y mejoramiento de los sistemas de salud.

5.- Formulación de las políticas de salud, (American Psychological Association, 1981).

La psicología de la salud intenta comprender los cambios que se producen en una persona cuando se enfrenta a una determinada enfermedad, y establece una serie de recomendaciones para la interacción del personal de salud con el paciente. Así, a pesar de que la psicología de la salud estudia los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad, la atención debe centrarse sobre la promoción y mantenimiento de la salud y la enfermedad.

También podemos observar que el tratamiento de la enfermedad está influenciado por factores como la relación entre los profesionales de la salud y el paciente; lo que nos lleva a estudiar los factores implicados en la comunicación con el equipo de salud y el paciente.

AREAS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Taylor (1986) señala que las distintas áreas de estudio y de aplicación de la citada disciplina se pueden resumir en lo siguiente:

1.- Los psicólogos de la salud están interesados por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.

2.- Los psicólogos de la salud estudian también los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

3.- Los psicólogos de la salud enfocan también su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones, y deben interesarse especialmente por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.

4.- Los psicólogos de la salud deben interesarse en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes desarrollando indicaciones en el tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

Weinman (1990) es más explícito y señala que la psicología de la salud se centra, en la actualidad, en el estudio teórico aplicado de lo siguiente:

- 1.- Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
- 2.- El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos (inmunizadores).
- 3.- Las cogniciones acerca de la salud- enfermedad.
- 4.- La comunicación, toma de decisiones y adherencia.
- 5.- El medio ambiente en el que se produce el tratamiento, incluyendo las diferentes técnicas utilizadas.
- 6.- El afrontamiento a la enfermedad y la incapacidad.

La psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología y con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento, y promoción de la salud como un estilo de vida , planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo.

Por lo tanto, el especialista en psicología de la salud debe reunir dos tipos de habilidades:

- 1.- Las de investigador.

2.- Las de terapeuta y/o promotor de la comunidad.

Pues por un lado puede planear, diseñar y conducir una investigación específica sobre los aspectos básicos de la incidencia y prevalencia de una enfermedad o de algunos factores de riesgo en la comunidad, y por el otro dar servicio a la misma o a sus individuos para el control y/o prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.

La diferencia fundamental entre la psicología de la salud y el modelo médico o la atención psicológica tradicional radica en que, desde esta perspectiva, se atiende a problemas que tradicionalmente han sido olvidados, considerados como índices de cronicidad y en algunos casos hasta de mejoría, no obstante que los individuos no gocen de total salud, o problemas a los que solo se ha visto de manera tangencial, entre los que se encuentran: secuelas de daño cerebral, dolor crónico etc., para las que el modelo psicológico solo ha ofrecido modelos de medición y muy poco en la rehabilitación; los trastornos autoinmunes para los que solo se ofrecen, en muchos de los casos, paliativos; y casos de padecimientos más específicos sobre los que después de mucho tiempo de investigación, se han identificado como causas psicógenas, como pueden ser cefaleas no orgánicas, y algunos tipos de hipertensión arterial.

El campo de la psicología de la salud aborda el trabajo conjunto, integral y complementario hacia la atención de los pacientes con problemas de salud a través de estrategias de afrontamiento, que implican básicamente entrenar al paciente a aprender a vivir o sentirse

mejor con su problema y evitar deterioros psicológicos y conductuales, en otros términos, mejorar la calidad de vida del paciente. Por lo anteriormente descrito se puede señalar que la investigación en salud no debe ser únicamente biomédica. La psicología de la salud ha extendido la investigación sobre la prevención y el mantenimiento de ésta como un elemento crucial de la conducta humana.

Buela y Casal (1993) señalan que la psicología de la salud debe centrarse en las siguientes interrogantes:

- 1.- ¿Cuáles son las bases fisiológicas de la emoción? Y ¿Cómo están relacionadas con la salud y la enfermedad?
- 2.- ¿Pueden identificarse los factores de riesgos conductuales de la enfermedad? Y ¿Cuáles son sus mecanismos de acción?
- 3.- ¿Qué es el estrés? Y ¿ qué relación tiene con el desarrollo de ciertas enfermedades?
- 4.- ¿Qué factores contribuyen al desarrollo de las conductas de salud y de enfermedad?
- 5.- ¿Qué papel juegan los psicólogos en el sistema de cuidado de la salud?

Al respecto Ribes (1990) recalca la importancia de distinguir la dimensión psicológica de la salud y ubicar dentro de la misma las funciones del psicólogo, y menciona tres factores fundamentales:

1.- "La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente"

2.- "Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud"

3.- "Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica"

De acuerdo a lo anterior, concluye que el hacer o no hacer de cierta manera las cosas, y el hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica. Este resultado puede ubicarse como un complejo equilibrio entre niveles de comportamiento que representan acciones propiciadoras de enfermedad, acciones preventivas de enfermedad, acciones correlativas y necesarias para la curación, o acciones de rehabilitación.

Es importante la definición que da Ribes acerca de la salud, ya que de alguna manera permite ubicar en su justa dimensión el papel que juega el psicólogo dentro de este campo, además de aportar una explicación acerca del proceso salud-enfermedad y la relación de los mismos con la interacción que el sujeto tiene con su medio ambiente.

Un tema central de las investigaciones de la psicología de la salud es el estrés. Al respecto Ribes (1990) señala que la interacción de un individuo con las contingencias del ambiente no se restringe a una dimensión puramente psicológica. El individuo representa una totalidad, en la que sería absurdo destacar exclusivamente lo psicológico al margen de las condiciones biológicas. Aún más, no puede hablarse de comportamiento sin hacer referencia a las características biológicas del individuo que se comporta. Las contingencias ambientales pueden afectar de manera sistemática las reacciones inmunitarias del organismo. Esta influencia puede ser mediada a través de las reacciones inmunitarias del organismo. La llamada reacción de estrés parece adoptar diversidad de formas mas o menos específicas, dependiendo de la intensidad y duración de las condiciones del estímulo, así como de la participación diferencial de los distintos subsistemas biológicos. Por ello la identificación de circunstancias ambientales sistemáticamente vinculadas a reacciones de estrés, específicas o generalizadas, parecen constituir una estrategia mas adecuada para examinar la forma en que el ambiente afecta los estados biológicos relacionados con la vulnerabilidad a condiciones o agentes patógenos.

Por otra parte Godoy (1991) señala que la implicación principal del estrés la constituyen los trastornos psicofisiológicos o lo que anteriormente se llamó psicósomático, por eso es importante determinar las condiciones y características tanto de la persona como de las situaciones de las que depende la aparición de alguno de estos problemas en determinadas personas, o bien, se trata de especificar que hace qué la relación normal de

estrés ante situaciones de peligro o amenaza se convierta en una situación anómala y las consiguientes alteraciones psicosomáticas.

Para dar explicación a estas cuestiones se han propuestos distintos modelos teóricos para poder explicar el proceso de estrés.

CAPITULO 2.- ESTRÉS

EL estrés es un hecho habitual en nuestras vidas. No puede evitarse, ya que cualquier cambio al que debamos adaptarnos representa estrés. Los sucesos negativos, daño, enfermedad, son hechos estresantes, así como los sucesos positivos. Nuestras experiencias estresoras provienen de tres fuentes básicas: a)nuestro entorno, b)nuestro cuerpo y c)nuestros pensamientos, nuestra forma de reaccionar ante los problemas, las demandas y los peligros, viene determinada por una aptitud innata de lucha o huida, cuando los estímulos que nos llegan son interpretados por nuestro organismo como amenazantes.

El estrés no solo se da a nivel fisiológico o de conducta manifiesta, ya que las respuestas están mediadas por normas de convivencia, que rigen a la mayoría de las situaciones de tipo social.

El interés central de la psicología de la salud lo constituye el estudio del estrés ,el cual es considerado por algunos, como una reacción de emergencia emitida por el organismo ante una situación de alarma. Puede señalarse que el estrés ocurre ante las exigencias del medio, entendidas por el sujeto como demandas que no pueden ser satisfechas automáticamente con los recursos disponibles. La discrepancia entre las demandas que no pueden ser percibidas por el sujeto, entendidas como internas y externas y metas o retos y la forma como el sujeto comprende sus respuestas constituye la reacción de estrés, que evidentemente tendrá consecuencias en el propio sujeto, muy probablemente evidenciadas

como daño a la salud. Así pues, el estrés no reside ni en el sujeto ni en el ambiente, sino que depende de la reacción del sujeto en una situación, lo que implica que el sujeto juega un papel determinante en la definición tanto de los estresores como de las respuestas, a través de su percepción. Por lo tanto el estrés se encuentra multideterminado, tiene o tendrá efectos a largo plazo, será diferente la respuesta de acuerdo a cada individuo o situación, se encuentra modificado por los rasgos culturales del sujeto, así como por la diferente percepción de los estresores, y puede ser agudo o crónico. El sujeto organiza una serie de posibles respuestas, tanto cognitivas como motoras, que le permitirán un determinado modo de conducta ante los acontecimientos evaluados previamente. Este repertorio cognitivo conductual se conoce genéricamente con el nombre de afrontamiento y le posibilita al sujeto en mayor o menor medida, enfrentarse y afrontar los retos que la vida diaria impone, previa evaluación de la situación,(Reynoso, 1985).

2.1.- ANTECEDENTES.

El término estrés empezó a utilizarse desde el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. En biología indica un proceso activo de resistencia, concepto derivado del fisiólogo francés Claude Bernard (1815-1847). En el año de 1932 Walter Cannon lo consideró como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de glucemia etc. El término estrés es usado por la mayoría de la población como sinónimo de ansiedad (nerviosismo, angustia, inquietud). Esta ansiedad cada sujeto la manifiesta e interpreta según su propia apreciación, por lo que la definición de ansiedad o estrés para la mayoría de los sujetos es inespecífica. Sin embargo, la palabra estrés tiene un gran significado el cual ha sido estudiado desde hace muchos años.

Uno de los primeros en estudiar el estrés fue Hans Selye en 1936; al observar que ciertas enfermedades presentaban un síndrome inespecífico difícil de diagnosticar, se motivó a investigar con detenimiento que el estrés no era solo una respuesta conductual, sino que algo dentro del organismo lo generaba y después de una larga investigación de tipo puramente fisiológico, llegó a la conclusión de que el estrés era un conjunto de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluía las amenazas psicológicas). A esta reacción le llamó Síndrome General de Adaptación. Más adelante él mismo lo concibió como una reacción del organismo acosado por las demandas del entorno y los agentes nocivos.

El Síndrome General de Adaptación representa una respuesta adaptativa del organismo, pero en situaciones crónicas puede llegar a producir estados patológicos, algunas características de este síndrome son: aumento del tamaño de la corteza suprarrenal, involución del timo, ulceraciones del tracto gastrointestinal y múltiples reacciones de tipo choque.

Dependiendo de la duración del síndrome, se pueden diferenciar claramente tres estados secuenciales:

1.- Reacción de alarma.- la cual es definida como la suma de todos los fenómenos no específicos provocados por la exposición repentina a un estímulo estresor, por ejemplo, la aparición de una hipertensión.

2.-Estado de resistencia.- considerada como la suma de las reacciones sistémicas no específicas, provocadas por la exposición prolongada de un organismo a un estímulo. Esta fase se caracteriza porque existe un aumento de la resistencia del organismo a un determinado agente estresor, dando como resultado la adaptación al mismo, por ejemplo, el tráfico vehicular.

3.- Estado de agotamiento.- se considera una instalación de una serie de reacciones sistémicas no específicas, en respuesta a una prolongada sobreexposición del organismo a un agente estresor. Una característica de esta fase es que la respuesta adaptativa no se logra mantener y desaparece. En consecuencia el organismo entra en una fase de agotamiento que lo puede conducir hasta la muerte. (Selye, 1955-56, 1963; citado en: Anguiano, 1997).

Selye señala que todo ser vivo inicia su vida con una cierta cantidad de energía llamada vitalidad, la cual se va utilizando y restaurando solo en forma parcial. A partir de esta explicación se señala que “la gente rara vez muere exclusivamente de vejez, más bien que muere por enfermedades de órganos vitales (Reynoso, 1992). Esta afirmación de Selye de alguna manera marcó la pauta para las investigaciones posteriores entre la relación que existe entre estilos de vida y las enfermedades.

En 1950,51-56, Selye publica un Annual Report of Stress sobre sus investigaciones, y en 1956 incluyeron este trabajo en el libro “ The Stress of Life” y por otro lado en 1955 solicitó a la American Psychological Association difundir el concepto de la fisiología a la psicología, y aunque este tipo de trabajos tuvieron implicaciones importantes a nivel psicológico y sociológico “no clarificaron los procesos posteriores” sin embargo, los trabajos de Selye marcaron un paso importante en la difusión y expansión del interés para el estudio del estrés (Lazarus y Folkman, 1986; Godoy, 1993).

En 1953 Wolff también establece que el estrés es la reacción del organismo acosado por las demandas del entorno y los agentes nocivos (estado dinámico de interacción entre el organismo y el medio), pero no lo define de manera sistemática como Selye lo hizo.

La Segunda Guerra mundial propició investigaciones sobre el estrés que generaron nuevas teorías sobre éste. A los militares les interesaba conocer el efecto del estrés sobre el rendimiento en el combate; se afirmó que éste podía aumentar la vulnerabilidad de los

soldados a las lesiones o la muerte y debilitar el potencial de acción efectivo del combate de grupo. Las guerras de Corea y de Vietnam también contribuyeron a la investigación sobre el estrés en el combate y sus consecuencias psicológicas y fisiológicas. Estos acontecimientos marcaron un importante paso para que se tomaran en cuenta los factores de tipo social y psicológico en el estudio del estrés y no solo enfocarlo desde el punto de vista meramente fisiológico. Esto dio la pauta para la generación de modelos que de manera integradora (biopsicosocial) estudiaran el estrés.

2.2.- MODELOS SOBRE EL ESTUDIO DEL ESTRÉS.

En la vertiente psicológica, estrictamente individual, el estrés fue sobre entendido durante mucho tiempo, como una estructura para pensar en la psicopatología, sobre todo en las teorías de Freud y de autores posteriores orientados en teorías psicodinámicas.

La definición más común aceptada por los psicólogos, ha sido la que se trata de un estímulo. Los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente como acontecimientos con los que tropieza el sujeto. Las definiciones de estímulo incluyen también determinadas condiciones originadas en el interior del individuo, como por ejemplo: el hambre, la sed, el apetito sexual, etc., las cuales se basan en estados hormonales y estímulos originados a partir de características neurológicas determinadas, como lo dijo White (1959).

¿Qué clase de acontecimientos se citan en forma típica como estímulos inductores de estrés o según el término de Selye, "estresores"?

Lazarus y Cohen (1977) hablan de tres tipos de acontecimientos:

- 1.- Cambios mayores: a menudo se refieren a cataclismos y afectan a un gran número de personas.
- 2.- Cambios menores: afectan a una o pocas personas.

3.- Ajetreos diarios: pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento determinado, por ejemplo ejemplo: convivir con un fumador, excesivo trabajo, el tráfico, etc.

Los acontecimientos estresantes pueden hallarse fuera de control del individuo, como por ejemplo: la muerte de un ser querido, una enfermedad incapacitante, un divorcio, etc.

Un estímulo es estresante cuando produce una conducta o una respuesta estresada; y una respuesta se considera estresada cuando está producida por una demanda, un daño, una amenaza o una carga.

Cinco hechos relativamente recientes han estimulado el interés por el estudio del estrés no solo desde el punto de vista fisiológico sino también psicológico y su afrontamiento y son los siguientes:

1.- La preocupación por las diferencias individuales; sin duda la más importante por haber dado la pauta para proponer varios modelos para estudiar el estrés, pues toma en cuenta la historia del sujeto y sus patrones de interacción implicados (ámbito psicológico)

2.-El resurgimiento del interés por la medicina psicosomática.

3.- El desarrollo de la Terapia Conductual dirigida al tratamiento y prevención de la enfermedad y estilos de vida, con un elevado riesgo para la salud.

4.- El crecimiento de una perspectiva experimental del curso de la vida (psicología evolutiva).

5.- Una preocupación cada vez mayor por el papel del entorno en los problemas del hombre.

Elliot y Eisdofor (1982) sugieren una taxonomía en donde agrupan cuatro tipos de estresores:

1.- Estresantes agudos y limitantes en tiempo.

2.- Secuencias estresantes.

3.- Estresantes crónicos intermitentes.

4.- Estresantes crónicos. (citado en Lazarus y Folkman, 1986; Michenbaum, 1987 y Slaikeu, 1987).

Esta clasificación hace el intento por clarificar normativamente y de manera universal las situaciones que provocan estrés, sin embargo, ignoran las diferencias individuales de la vulnerabilidad de los sujetos ante este tipo de circunstancias.

Se ha tratado también de definir el estrés a partir de las respuestas fisiológicas que emite un sujeto ante determinados estímulos, esto tampoco ha sido una buena alternativa, ya que este tipo de manifestaciones no implica necesariamente el estrés psicológico, por ejemplo: el recibir una buena noticia como el sacarse la lotería, a la cual ellos no califican como estresante, también puede tener una respuesta fisiológica parecida a la que se podría tener ante situaciones que realmente ellos consideran estresantes como la pérdida de un ser querido.

Lazarus y Folkman a este respecto concluyen que: todos los planteamientos sobre estímulo-respuesta son circulares e incurrir en las mismas cuestiones cruciales de principio ¿qué hay en el estímulo que produce una respuesta particular ante el estrés? Y ¿qué hay en la respuesta que indique un estrés particular?. Estas explicaciones de estímulo respuesta limitan seriamente el análisis del estrés a nivel psicológico, ya que este tipo de explicaciones son similares a aquellas en las cuales trataban el estrés como un trastorno del equilibrio producido por el cambio ambiental.

Beech (1982) hace hincapié en los cambios conductuales que se dan como consecuencias del estrés, dichos cambios implican disminución del nivel de ejecución, la evitación de situaciones estresantes, pasividad e inercia, mientras que los cambios

cognitivos se caracterizan por distorsión de los pensamientos, disminución del funcionamiento intelectual, pensamientos ansiógenos, etc. Todos estos elementos al entrar en juego determinan, entre otras cosas la depresión, consecuencia última de un sujeto en estado de estrés.

Leventhal y Nerenz (1983) proponen un modelo para estudiar el estrés, el cual concibe al individuo como un sistema regulador que hace lo posible para alcanzar metas; éste cuenta con un sistema de retroalimentación y consta de una entrada compuesta por un campo de estímulos, y una salida formada por las habilidades de afrontamiento y un sistema de monitoreo de salida que permite responder a las consecuencias de la acción en relación a la fijación de metas, la cual denomina valoración. Este sistema regulador es una especie de retroalimentación compuesto por un conjunto de elementos dispuestos de manera secuencial o etapas que son:

- 1.- Etapa de entrada, que representa el campo de estímulos y establece los objetivos.
- 2.- Etapa de afrontamiento, que proporciona los planes, la selección y el desarrollo de las respuestas de afrontamiento.
- 3.- Etapa de supervisión, que implica la valoración de las consecuencias de la acción en relación con las metas iniciales.

El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que ponen en peligro su bienestar.

Analizando lo anterior concluimos en que los dos modelos más importantes para el estudio del estrés fueron el propuesto por Selye y el de Lazarus y Folkman.

En su modelo Selye define el estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas ante eventos que amenazan la integridad del individuo, parte de la premisa de que la valoración del evento potencialmente estresante se hace a nivel fisiológico. En este modelo no se hace énfasis en los factores emocionales y cognoscitivos que crean una valoración totalmente individual de las situaciones potencialmente estresantes.

Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés considerando además de los aspectos fisiológicos, los componentes emocionales y cognoscitivos, en este modelo el estrés es un tipo de interacción que se constituye como estresante en función de la valoración cognoscitiva y de las estrategias de afrontamiento con que cuenta el individuo para hacer frente a la situación, razón por la cual consideramos retomar este modelo para enmarcar nuestra investigación.

Consideramos también dirigirnos hacia el estudio de las causas generadoras de estrés psicológico en distintos individuos, para ello tenemos que analizar dos procesos críticos que tienen lugar en la relación individuo- entorno:

- 1.- La valoración cognitiva: es el resultado de la interacción individuo y su medio ambiente físico, mental y social, en dicho proceso se ve reflejada la relación que existe entre los

compromisos, creencias, valores y comportamientos individuales y las características del entorno.

A través de la valoración el sujeto da significado a los acontecimientos, y este significado determina las emociones y el comportamiento de las personas en diferentes situaciones.

2.- El afrontamiento: proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-entorno que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera.

En el siguiente capítulo describiremos más ampliamente en que consiste la valoración y el afrontamiento y el afrontamiento, específicamente en adolescentes.

CAPÍTULO 111.- ADOLESCENCIA, VALORACIÓN Y AFRONTAMIENTO.

Uno de los principales intereses de la psicología es el estudio del desarrollo humano, el cual se centra en las formas cuantitativas y cualitativas en que los seres humanos cambian a través del tiempo.

El cambio cuantitativo es bastante evidente y relativamente fácil de medir, por ejemplo el aumento de la estatura y peso de un individuo; igual sucede con la ampliación del vocabulario, el incremento de las habilidades físicas, etc; el estudio del cambio cualitativo es más complejo, pues se incluyen cambios en el funcionamiento intelectual, pensamiento y emociones, la creatividad, la sociabilidad, la moralidad etc., es decir, aquellos cambios que en calidad diferencian a un adolescente de un adulto.

La adolescencia se convirtió como el punto focal de toda la psicología (Lancaster, 1897) en los umbrales del siglo xx, el estudio del desarrollo humano se mezcló con las ciencias naturales, a medida de que la teoría de la evolución se granjeaba una aceptación cada vez más vasta, el interés que trajo la nueva ciencia están evidentes en las obras escritas a principios de este siglo por G. Stanley Hall y Sigmund Freud (1905).

Toullmin (1967) historiador de la ciencia observó que cada generación recrea una visión propia de la naturaleza que debe mucho a las ideas de sus guías inmediatos, aunque las ideas de la generación precedente no se repiten con exactitud. lo mismo ocurre en el estudio de la adolescencia.

Freud (1907) opinaba que las mutaciones hormonales y psíquicas que tienen lugar en el período reproductivo de la vida producen un desequilibrio en la estructura de la

personalidad, su opinión es que el desconcierto de los adolescentes se debe, en gran parte, a cuestiones biológicas.

Bandura (1967) ha objetado convincentemente que la tensión de los adolescentes se puede interpretar a veces como engendada culturalmente.

Conger (1980) argumenta que la adolescencia es un período de cambios rápidos físicos, fisiológicos, sociales e intelectuales, y de cambios ambientales en la naturaleza de las exigencias externas que la sociedad impone en sus miembros en desarrollo.

Sociológicamente Muss (1988) menciona que la adolescencia es una situación marginal en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones, aquellas que dentro de una sociedad dada distingue la conducta infantil del comportamiento adulto, incluso se considera como un fenómeno mucho más de tipo socioeconómico que biológico, por lo que esta etapa dependerá de las condiciones generales de cada sociedad en particular.

La adolescencia es un período de la vida en que tanto el individuo como la sociedad han de llegar a una componenda, el adolescente madura afirmándose como un ser humano independiente, pero su sentido de competencia y de identidad depende de las maneras como responda a las obligaciones y asimile a las experiencias previas.

La adolescencia es un período de transición de la niñez a la edad adulta, inicia con la pubescencia, un período rápido de crecimiento físico y maduración de los órganos relacionados con el funcionamiento reproductivo, así como de las características sexuales

primarias; la pubescencia dura cerca de dos años y finaliza con la pubertad, cuando se han completado la maduración sexual y la capacidad reproductiva. El final de la adolescencia no está claramente determinado, en las sociedades occidentales no existe un indicador sencillo que señale que se ha alcanzado la edad adulta. En algunas sociedades, la adolescencia finaliza en la pubertad, lo cual se simboliza con ritos muy diversos.

Dramáticos cambios fisiológicos señalan la adolescencia. Los más notables y obvios se relacionan con la aparición de la menarquía en las mujeres. Los hombres experimentan emisiones seminales nocturnas. Ambos sexos aumentan notoriamente en estatura y peso así como en desarrollo muscular y esquelético, lo cual constituye el llamado crecimiento repentino del adolescente; se produce una tendencia secular en crecimiento y maduración, de modo que los hombres y las mujeres logran la maduración sexual y el peso adulto más temprano ahora que antes, tendencia influenciada por más altos niveles de vida, en la actualidad (mejoras en la nutrición y en el cuidado a la salud) que parece estar concluyendo. El autoconcepto y la personalidad del adolescente se ven afectados por los cambios corporales rápidos. Particularmente importante resulta ser el efecto de la maduración temprana o tardía, el cual es pronunciado durante la adolescencia,

El desarrollo de la adolescencia se debe a la combinación de varias hormonas. La secreción de gonadotropinas comienza por el mismo tiempo en que aparece el vello pubiano en los dos sexos, y alcanza niveles de adultez con la madurez de las características sexuales secundarias. Estrógenos y Andrógenos que se producen en los ovarios, en los testículos y en las cortezas suprarrenales son secretados en cantidades aunque constantes tanto en hombres como en mujeres, desde la edad de los tres a los siete años; por los siete

años, esas secreciones se elevan gradualmente por igual en ambos sexos, hasta la edad de los 10 años. En la adolescencia se eleva la secreción de estrógenos en las mujeres de una manera aguda y empieza a ser cíclica, pero incluso el descenso mensual continúa siendo mayor que el nivel de los hombres. Existe una elevación aguda en las substancias andrógenas en los hombres adolescentes. En un periodo de 24 hrs. la secreción viene a ser para los hombres dos veces mas que en las mujeres,(Tanner,1962).

Souza (1988) afirma que algunos cambios físicos y fisiológicos pueden despertar en el adolescente satisfacción y orgullo, mientras que otros son motivos de crítica por parte de sus compañeros, familiares y maestros, quienes pueden burlarse del adolescente por su falta de coordinación motriz, su apariencia y su tono de voz, haciendo que se sienta avergonzado e incómodo. Las diferencias en el ritmo de crecimiento también pueden ocasionar conflictos en el adolescente.

Es relativamente fácil determinar cuándo inicia la adolescencia, pero su final varía según la cultura, clase social y desarrollo individual. Esto coincide con lo que dice Ortega, Pérez, Saucedo y Yoseff (1991), quienes argumentan que el término adolescencia no se refiere a una caracterización única de los sujetos que pasan por tal etapa, sino que se conoce bien el hecho de que existen adolescencias como producto de las diversas condiciones socio-históricas en la que los individuos se constituyen.

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el adolescente es el adaptarse a nuevas situaciones, en especial a aquellas que representan un conflicto, y convendría analizar si esta vulnerabilidad tiene por su preferencia alguna relación con la expresión de

ciertos síntomas que pueden manifestarse como cefaleas frecuentes, náuseas, vértigos, problemas cutáneos, pérdida del apetito, hiperbulia, etc.

En la etapa de cambios de carácter hormonal el adolescente genera conductas de autoexploración, el autoerotismo y la masturbación son formas de satisfacción, pero casi siempre produce culpa debido a los elementos culturales que malentendidamente la sancionan y le adjudican trastornos inexistentes.

En este periodo de la vida se presentan cambios de profunda intensidad, sufre estrés ante problemas físicos y de orden psicológico, familiar y social, descubre en forma simultánea que en él existen capacidades que antes le eran o sentía inalcanzables, se preocupa por el buen funcionamiento de su cuerpo, el arreglo personal, y el vestuario, recobran gran importancia, su apariencia es uno de los signos de libertad e individualidad, vestirse, moverse, hablar con un estilo en particular para que sus compañeros lo aprueben es indispensable; participa en determinadas costumbres y hábitos que en ese momento estén de moda tales como el pelo largo, uso de colores fuertes, prendas estrambóticas etc, se hacen ahora factores esenciales de su apariencia lo que defenderá apasionadamente ante las prohibiciones y críticas sociales, en especial de las provenientes de la autoridad como el padre, maestro, etc.

El adolescente trata de alejarse de la dependencia familiar, buscando conductas que la sociedad domina, las mujeres parecen adelantarse en la autonomía, pueden considerar a un amigo tan íntimo como la propia familia, manifestando así cierto progreso hacia la autonomía emocional con respecto a la familia al ir consolidando vínculos de amistad y relaciones heterosexuales.

Tiene necesidad de establecer relaciones interpersonales con sus semejantes, sean relaciones individuales o para integrarse a un grupo. Teniendo en cuenta esto, el punto central en torno al cual enfila la mayor parte de la vida afectiva, son las relaciones amistosas y el problema sexual.

La transformación anatomofisiológica trae consecuencias psicológicas, los adolescentes enfocan gran parte de su atención en su cuerpo, aunque puede manifestar o no su preocupación por los cambios que están ocurriendo en él, perciben éstos desde una perspectiva diferente a los adultos ya que están ocurriendo en su propio cuerpo y los experimenta tanto visual como emocionalmente.

El comportamiento de los adolescentes tiene un denominador común: el carácter social y la influencia que ejerce en la configuración de la personalidad del ser humano, en este caso el adolescente, la lucha entre el interés del ser individual y el ser social. En tanto éste se convierte en adulto desde el punto de vista sexual e intelectual, continúa siendo niño desde el punto de vista social y afectivo, pues se le considera menor y dependiente por un lado, y por otro, es incapaz de desligarse afectivamente de lazos interiores. De estas contradicciones el adolescente genera una rebelión contra los demás y contra él mismo, acompañada de una desadaptación, al no encontrar un grupo específico propio pues se encuentra al margen de los niños y de los adultos.

Madura afirmándose como un ser humano independiente, pero su sentido de competencia e identidad depende de la manera como responda a las obligaciones y asimile

las primeras experiencias, para lo cual tiene que descubrir cuáles son los compromisos que tiene con la sociedad para llevar a cabo estos cometidos. Deberá hacerse responsable de su bienestar físico, puesto que los hábitos que se forman desde un principio proporcionan la base que ha de preservar su salud en la edad adulta.

En cuanto a sus relaciones interpersonales, busca entre amigos o compañeros el factor competencia, los chicos buscan un líder que reúna las características físicas que ellos desean también para sí, y al que procuran imitar. El deporte es una excelente vía de socialización del afán de competencia y de agresividad.

El desarrollo psicológico y social de esta etapa está en constante interacción, de tal manera que el ambiente cultural y social que rodea al adolescente proporciona pautas de comportamiento que van a formar parte de su realidad, es decir de sus preferencias, la elección de amistades o grupo social al cual quieran pertenecer, así como de conceptualizar el medio que los rodea.

Los padres, maestros y otros adultos pueden no ser ya tan importantes para el adolescente, como anteriormente lo habían sido. Puede ser hostil a ellos y resentir su autoridad. Se encuentra dividido entre su necesidad de apoyo y aceptación, de depender como un niño, y su necesidad de independencia.

Aunque los padres pueden considerar que es difícil interactuar con un adolescente, y decir que no pueden comprenderlo, deben reconocer sus crecientes sentimientos de madurez y también su necesidad ocasional de ayuda. En casi todas las familias se libra la batalla por la

independencia. Los padres luchan por mantener su autoridad y prestigio a los ojos del joven, y éste por la libertad, el joven que libra tal batalla probablemente será menos causa de preocupación que aquel que no crea algún conflicto en su lucha por obtener su independencia.

Se ha observado que las nuevas relaciones del adolescente cobran especial importancia superponiéndose a las antiguas relaciones paternas o familiares. A través de la relación con iguales el adolescente adquiere nuevas costumbres, creencias y valores, se desliga de los modelos parentales y busca nuevos modelos que comparte con sus amigos. A nivel heterosexual aprende a dominar sus nuevas potencialidades e impulsos sexuales y a establecer nuevas formas de interacción con personas del sexo opuesto, asumiendo diversas responsabilidades y niveles de compromiso efectivos. Según Craig (1988), las relaciones con sus compañeros ofrecen al adolescente el apoyo emocional que necesita para afrontar los múltiples cambios de su vida, los conflictos con los padres y hermanos constituyen un espacio para el aprendizaje y ensayo de nuevas conductas, favoreciendo el desarrollo de la identidad sexual y el autoconcepto.

El respeto y la toma de decisiones con respecto a la elección vocacional del adolescente suele crear conflictos entre él y su entorno; para ello debe contar con información suficiente sobre las distintas ocupaciones a las que puede dedicarse, conocer sus preferencias y aptitudes, analizar sus intereses, valores, y capacidad económica. En estrecha relación con la elección de su ocupación está la conformación de un posible plan de vida, en el cual puede estar incluido la independencia económica, y la búsqueda de una

pareja con la cual establecer relaciones más íntimas y estables para compartir proyectos, logrando así una mayor estabilidad emocional.

Durante el proceso de adaptación a los cambios fisiológicos y socioafectivos, el adolescente debe hacer frente a una gran cantidad de demandas; según Mechanic (1983) cuando no cuenta con las habilidades necesarias para lograrlo pueden ocurrir una serie de interacciones estresantes cuyo desarrollo depende de la forma en que el adolescente valora la demanda y de las estrategias de afrontamiento con que cuenta para resolverlas. En este sentido Meichenbaum y Cameron (1987) señalan que una interacción estresante se origina con una valoración inicial en donde la situación demanda una respuesta efectiva para evitar o reducir el daño físico o psicológico y una valoración secundaria de la respuesta; cuando esto sucede hay una serie de acontecimientos, valoraciones, respuestas y transformaciones situacionales que eliminan o maximizan el carácter estresante de la interacción, de tal forma que las secuencias dejan de ser estresantes cuando la persona juzga que la amenaza o el daño ha pasado. Bajo esta lógica la valoración y el afrontamiento de las demandas internas o externas determinan el inicio, magnitud, duración y calidad del episodio estresante.

Expuesto lo anterior, comprendemos la gran importancia que tiene esta etapa del desarrollo del ser humano, etapa de transición en la que el individuo deberá aprender a ser independiente, a descubrir los compromisos que adquirirá con la sociedad y la manera de cumplirlas, adopta formas de comportamiento y de actitudes de roles de género. El proceso por el cual el adolescente cumplirá su cometido es complejo y más complejo se tornará si no cuenta con las habilidades necesarias y suficientes para poder llevarlo a cabo. El alumno de enfermería del nivel técnico es un adolescente que posee características muy especiales

entre las que podemos mencionar: edad entre los 14 y 16 años, estudios de nivel secundaria, nivel socioeconómico bajo, deficiente educación sexual y cultural, falta de integración familiar y carece de orientación vocacional, la mayoría llega a la carrera como una segunda opción y sin saber en que campo se va a introducir, esto aunado a las características propias de su edad hace que al enfrentarse a los problemas propios de la carrera genere gran cantidad de tensiones las cuales son difíciles de resolver y provocan en él estados estresantes, por ello se hace necesario que cuente con un repertorio de respuestas efectivas de afrontamiento.

VALORACIÓN Y AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES.

El concepto de afrontamiento se deriva de la teoría psicoanalítica y de la teoría de la psicología del "yo", de éstas surgieron las principales medidas para la evaluación de las estrategias de afrontamiento, el concepto fue retomado de estas teorías, sin embargo al retomarlo y conceptualizarlo se hizo de manera diferente, ya que mientras las teorías antes mencionadas se referían al afrontamiento como rasgo de personalidad, Lazarus y Folkman (1986) y Lazarus (1993) lo consideran como un proceso, el cual está mediado por factores personales, contextuales, ambientales y la interrelación de los mismos.

El hecho de que el afrontamiento haya recibido especial atención dentro de la Medicina Conductual, que puede observarse como una subárea de la Psicología Clínica, no debe llevarnos a considerar erróneamente que pertenece a dicha subárea. Su surgimiento está estrechamente ligado al estudio de las enfermedades crónicas, pero esto no descarta el que un individuo sano afronte diversos tipos de situaciones extraordinarias en su vida cotidiana.

Aunque el concepto de afrontamiento ha sido importante para la psicología durante casi 40 años, Lazarus y Folkman, (1986) lo definen como un proceso integrado por "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como impuestas o excedentes de los recursos del individuo", resaltan la importancia de entender el afrontamiento como un proceso dinámico y no como un rasgo estático e invariante de la personalidad del individuo, distinguiendo entre esfuerzos de afrontamiento y conductas adaptativas automatizadas así como entre afrontamiento y resultados o dominio de la situación, ya que

para ellos el afrontamiento sobrepasa con mucho la mera adaptación fisiológica pues implica además aspectos cognitivos y emocionales por una parte y por otra, el afrontamiento no necesariamente implica el dominio de la situación ni se restringe a los resultados finales del proceso.

El afrontamiento depende de la evaluación y reevaluación así como de los cambios de las situaciones, por lo que pueden observarse diferentes etapas en el proceso, dichas etapas no son invariantes ni llevan una secuencia siempre igual en todos los individuos pues la experiencia sugiere que hay diferencias sustanciales entre las personas en cuanto a la regulación y duración de cada etapa ante diferentes situaciones.

Lazarus y Folkman (1986), mencionan dos tipos de afrontamiento:

- 1.- El afrontamiento dirigido al problema.
- 2.- El afrontamiento dirigido a las emociones.

Cada uno de ellos tiene su propio objetivo y modalidades, sin embargo los dos establecen una relación interactiva y pueden potenciarse o interferirse.

1.- Afrontamiento dirigido al problema.- Implica la manipulación de una serie de estrategias y situaciones que permiten al sujeto modificar las características del evento, de tal manera que éste deja de ser un problema y pierde su capacidad de desencadenar interacciones estresantes. El afrontamiento dirigido al problema tiene diferentes

modalidades considerando que el problema engloba un objetivo y dos procesos analíticos, uno de ellos, dirigido al análisis del entorno y el otro dirigido al análisis del sujeto. El primero tiene como objetivo evaluar las características de la situación y buscar estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales y los obstáculos; buscar procedimientos y recursos que de acuerdo a las características de la situación funcionen para modificar el evento. El segundo consiste en buscar estrategias que propicien cambios motivacionales y cognitivos en la persona tales como formas de valoración, desarrollo de nuevos comportamientos y nuevos aprendizajes.

2.- El afrontamiento dirigido a las emociones.- Su objetivo es regular la respuesta emocional que se da como consecuencia de las demandas específicas de la situación, para ello la persona pone en juego una gran diversidad de estrategias que pueden agruparse en tres categorías:

A).- Procesos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional.

B).- Procesos dirigidos a aumentar el grado de trastorno emocional.

C).- Procesos que al otorgarles un nuevo significado a la situación favorecen la reevaluación de la misma.

Estos dos tipos de afrontamiento se encuentran relacionados entre sí y se hace difícil diferenciar uno de otro.

Independientemente de las diferencias individuales entre un adolescente y otro, existen ciertas situaciones que por el tipo de demandas que plantea son consideradas por la mayor parte de ellos como estresantes, Mates y Allison (1992), Puskar y Cols. (1991) y Spirito y Cols (1991), estas situaciones pueden agruparse en cinco categorías:

A).- Problemas familiares.

B).- Problemas en la relación con personas del sexo opuesto.

C).- Problemas laborales y económicos.

D).- Problemas de adaptación a las reglas de los adultos.

E).- Problemas escolares.

En relación al afrontamiento, considerando tanto el dirigido al problema como el dirigido al control emocional, una de las investigaciones más completas es la Petterson y McCubin (1987) quienes encontraron que las principales estrategias de afrontamiento usadas por adolescentes ante las demandas de su entorno fueron:

1.- Expresión de sentimientos.

- 2.- Consulta con amigos.
- 3.- Búsqueda de apoyo emocional.
- 4.- Búsqueda de apoyo profesional.
- 5.- Búsqueda de apoyo familiar.
- 6.- Desarrollo de la autoestima.
- 7.- Relajación.
- 8.- Búsqueda de actividades.
- 9.- Apoyo espiritual.
- 10.- Evitación por diversos medios.
- 11.- Uso del sentido del humor y optimismo.
- 12.- Búsqueda de diversiones.

Algunos factores que influyen en el tipo de estrategias de afrontamiento elegidas por el adolescente son los estilos de crianza, modelos parentales y familiares, el reforzamiento diferencial, nivel de desarrollo y la valoración (Compas, 1987). Estos factores modifican el proceso de valoración y a ello debemos agregar el rol sexual del adolescente, el contexto sociocultural en el que se desarrolla y las características de la estructura familiar a la que pertenece.

Un organismo dinámico implica que el individuo continuamente valore lo que está sucediendo y emplee su entendimiento respecto a lo que está pasando y así poder moldear el curso futuro de los eventos mismos. De esta manera, desde este tipo de concepción, la valoración no es más que un juicio o percepción evaluativa. La forma en la cual el

individuo afronta la situación, estará basada en la valoración que el sujeto mismo hace respecto al evento que en ese momento está ocurriendo.

Existen al menos dos factores individuales que influyen en la valoración que son:

1.- Los compromisos .

2.- Las creencias.

Los compromisos expresan lo que es importante para el individuo y determinan lo que se encuentra en juego, si el compromiso se ve dañado o amenazado por una situación, ésta será evaluada como significativa. El compromiso incluye también la búsqueda de alternativas entre las que el individuo elige para conservar sus ideales o lograr sus objetivos. Según Lazarus (1986) los compromisos intervienen en la valoración al menos de tres formas:

1.-Acercando o alejando al individuo de la situación.

2.- Determinando la sensibilidad del sujeto con respecto a las características del evento.

3.- Afectando la vulnerabilidad psicológica de la persona ante la situación, a mayor intensidad del compromiso, mayor vulnerabilidad.

Se denominan creencias a las configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente, a través de ellas el sujeto interpreta y da significado a los acontecimientos de su entorno de manera que los cambios en las creencias determinan también cambios en la relación del individuo y su entorno.

Las creencias y los compromisos conforman los factores individuales de la valoración e interactúan con los factores situacionales para dar como resultado los procesos de evaluación primaria y secundaria.

Por su contenido, Lazarus (1986) clasifica la valoración en: Primaria y Secundaria.

Durante la evaluación Primaria el sujeto valora si el acontecimiento le perjudica en función de que amenace su integridad física y/o psicológica, considera en qué forma le afecta y evalúa la magnitud del riesgo. A través de este proceso el sujeto establece si el acontecimiento es irrelevante, es decir, que no implica riesgo a su integridad; es benigno adaptativo, es decir es un acontecimiento cuyas consecuencias son positivas y preservan o ayudan a conseguir el estado de bienestar; o bien un acontecimiento que por sus características y las del sujeto puede desencadenar interacciones estresantes y se categoriza como evento estresante, ya sea que implique un daño-pérdida, una amenaza o un desafío.

Posteriormente, durante el proceso de evaluación Secundaria la persona considera qué puede hacerse con respecto al riesgo que implica el acontecimiento, es decir, valora la posible eficacia y viabilidad de sus recursos de afrontamiento. La valoración secundaria está en constante interacción con la evaluación primaria y existe además un proceso de

revaloración en que el individuo puede cambiar su valoración inicial con base en la experiencia, información adicional o como efecto de las emociones derivadas de la valoración primaria y/o secundaria.

En el modelo de Lazarus y Folkman (1986), no existen situaciones que por si mismas puedan ser consideradas como estresantes, para ellos cada situación es potencialmente estresante únicamente en función de la interacción entre las características de la situación y las características de cada individuo. Ellos analizan el posible impacto de la situación considerando sus características formales y temporales, entre las primeras consideran la novedad y la incertidumbre y entre las segundas la inminencia, duración del evento y la etapa del ciclo vital en que aparece.

Considerando el modelo de Lazarus (1986) sobre la valoración cognitiva, se han realizado diversas investigaciones en las que se analizan los métodos para estudiar los procesos de valoración, el impacto de los resultados de la valoración en el afrontamiento, y las emociones derivadas de dicha valoración, así como algunos factores que intervienen en el proceso.

Dependiendo de la forma como se valore un acontecimiento, el sujeto busca diversas estrategias para afrontarlo y de ello se desprenden distintas emociones. Lazarus (op.cit.) menciona que por lo regular en un evento valorado como "amenaza" se enfatiza el potencial del daño de la situación, lo cual se acompaña de emociones como miedo, mal humor y ansiedad; mientras que en un evento valorado como "desafío" sobresalen emociones como excitación, impaciencia y regocijo. Al analizar el afrontamiento ante amenaza y desafío puede observarse que por lo regular ante un desafío el sujeto reúne las fuerzas y recursos de afrontamiento necesarios para poder vencer en la confrontación, toda

vez que en un evento valorado como amenaza un sujeto busca recursos que le permitan huir o evitar el evento, obstaculizando la búsqueda de estrategias de afrontamiento eficaces para solucionar el problema y salir vencedor en la confrontación.

Con lo que respecta a los factores que intervienen en el proceso de valoración, Lazarus y Folkman suponen que éstos pueden agruparse en dos categorías: Factores Personales y Factores Situacionales y que la interacción entre unos y otros explica los diversos resultados de la valoración.

La valoración y el afrontamiento se modifican a medida que el adolescente adquiere nuevas habilidades cognitivas, mayor control emocional y mejor manejo de sus relaciones interpersonales (Stern y Zevon,1990). El tipo de estrategias de afrontamiento empleadas por los adolescentes en respuesta a situaciones estresantes dentro y fuera de la familia varían en función de la edad, el tipo de estresor y la calidad del ambiente familiar, y ante conflictos interpersonales, los más jóvenes usan con mayor frecuencia el afrontamiento basado en la emoción a diferencia de los mayores que prefieren estrategias cognitivamente orientadas (Stern y Zevon ,1990).

El contexto sociocultural es otro aspecto que influye en la valoración y el afrontamiento de los adolescentes(Manjarrez y Col,1995).

El afrontamiento y la valoración son dos procesos que se modifican en función de diversos factores y el manejo adecuado de éstos impide o minimiza el desarrollo de interacciones estresantes durante la adolescencia.

Al hablar de procesos de afrontamiento debemos tomar en cuenta los recursos que el sujeto posee para afrontarlo y son los siguientes:

- 1.- salud y energía (físicos).
- 2.- creencias positivas (psicológicos).
- 3.- técnicas sociales (aptitudes).
- 4.- apoyo social.
- 5.- aspecto cultural en donde se incluyen los valores y actitudes.

OBJETIVO GENERAL.-

Analizar los procesos de valoración y de afrontamiento del estrés en una población de adolescentes estudiantes de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar las características de afrontamiento de adolescentes estudiantes de enfermería ante las demandas de su medio ambiente.
- Analizar los procesos de valoración y afrontamiento del estrés.

RECURSOS:

-HUMANOS: 71 adolescentes, sexo femenino, estudiantes de enfermería de nivel socioeconómico cultural deficiente, entre los 14 y 18 años de edad del primero y segundo semestre de la carrera.

FÍSICOS: Aulas de la ENEP IZTACALA.

MATERIALES: formatos de los inventarios, lápices, papel, computadora, impresora, disquettes.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

1.- Entrevistas: la utilización de la entrevista tuvo como fin principal brindar la información necesaria y suficiente a los docentes que nos permitieron aplicar los cuestionarios en sus grupos, también a través de ellas se concientizó a las estudiantes de enfermería para que participaran en la investigación, se les explicó cómo deberían contestar los instrumentos y se aclararon dudas.

2.- Instrumentos:

2.1.- Inventario para valorar el afrontamiento en adolescentes elaborado por Petterson y Mc. Cubin,(1987), el cual como ya habíamos mencionado anteriormente permite evaluar doce patrones de afrontamiento (anexo 1).

2.2.- Inventario de eventos de microestrés, el cual permite evaluar la valoración de situaciones potencialmente estresantes, y fue elaborado por Ham y Larson (1987). (anexo 2).

Ambos instrumentos se presentan en los anexos.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

En esta investigación se consideraron dos variables independientes:

- Edad.
- Contexto sociocultural de la profesión.

Los criterios para definir el contexto sociocultural de la profesión fueron:

Profesión eminentemente femenina.

-Condiciones de trabajo de la misma.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Estrategias de afrontamiento.

Valoración de situaciones estresantes.

PROCEDIMIENTO:

Previo a la selección de la muestra para realizar nuestra investigación, se llevó a cabo un estudio piloto con 30 estudiantes, con el fin de detectar si los instrumentos eran idóneos a las características de nuestra población y poder disminuir los riesgos de error. Fueron estudiantes del primero y segundo semestre de la carrera de enfermería, posterior a ello, se procedió a seleccionar nuestra muestra y para ésto se visitaron doce grupos, nos entrevistamos con los docentes y alumnos que estuvieron dispuestos a participar, en un segundo momento se aplicó el instrumento del A Cope, y en un tercero el instrumento de microestrés.

A los cinco meses de haber realizado la primera aplicación, se llevó a cabo una segunda, con el fin de realizar un test retest. En la primera muestra fueron 141 sujetos y en la segunda 71, por lo que se igualó la muestra para realizar el análisis estadístico.

Se revisaron los instrumentos para verificar el llenado correcto, se calificaron y se realizaron algunas visitas para aclarar dudas con algunas estudiantes.

Se analizó la información y se presentaron los resultados de la investigación a través de tablas y gráficas.

METODOLOGÍA.

En esta investigación se tomó como modelo el de Lazarus, el diseño de ésta es el llamado ípsativo- normativo, el cual nos permite establecer comparaciones intra e interindividuales, es decir, combina algunas de las ventajas del diseño $N=1$ (analiza los cambios de afrontamiento, valoración y manejo del estrés en un solo individuo a través del tiempo) y algunas de las ventajas del diseño de grupo (compara al individuo con otros).

Tanto en el diseño de tipo $N=1$ como en el ípsativo normativo, se enfatiza la importancia de la definición y control de variables, el uso de instrumentos válidos y confiables y el análisis de resultados que según el modelo de Lazarus debe realizarse en término de "Proceso" y considerando la integración de variables.

Existen pocos instrumentos que permiten evaluar la valoración y el afrontamiento bajo el enfoque de Lazarus, uno de estos es el elaborado por Peterson y Mc Cubbin (1987), llamado A Cope, este instrumento fue el seleccionado para aplicarse en esta investigación y permite evaluar doce patrones de afrontamiento y son los siguientes: expresión de sentimientos, humor, diversiones, autoestima, apoyo social, apoyo familiar, evitación,

Se *revisaron* los instrumentos para verificar el llenado correcto, se calificaron y se realizaron algunas visitas para aclarar dudas con algunas estudiantes.

Se analizó la información y se presentaron los resultados de la investigación a través de tablas y gráficas.

METODOLOGÍA.

En esta investigación se tomó como modelo el de Lazarus, el diseño de ésta es el llamado ipsativo- normativo, el cual nos permite establecer comparaciones intra e interindividuales, es decir, combina algunas de las ventajas del diseño N= 1 (analiza los cambios de afrontamiento, valoración y manejo del estrés en un solo individuo a través del tiempo) y algunas de las ventajas del diseño de grupo (compara al individuo con otros).

Tanto en el diseño de tipo N=1 como en el ipsativo normativo, se enfatiza la importancia de la *definición y control* de variables, el uso de instrumentos válidos y confiables y el análisis de resultados que según el modelo de Lazarus debe realizarse en término de "Proceso" y considerando la integración de variables.

Existen pocos instrumentos que permiten evaluar la valoración y el afrontamiento bajo el enfoque de Lazarus, uno de estos es el elaborado por Peterson y Mc Cubbin (1987), llamado A Cope, este instrumento fue el seleccionado para aplicarse en esta investigación y permite evaluar doce patrones de afrontamiento y son los siguientes: expresión de sentimientos, humor, diversiones, autoestima, apoyo social, apoyo familiar, evitación,

apoyo religioso, investigar con amigos, búsqueda de apoyo profesional, búsqueda de actividades y relajación.

Para evaluar la valoración, utilizamos el inventario realizado por Ham y Larson (1987), el cual presenta un conjunto de situaciones cotidianas potencialmente estresantes relacionadas con cinco categorías que son las siguientes: familia, compañeros, escuela, salud y autoimagen.

Los instrumentos antes mencionados han sido considerados por diversos investigadores como los más confiables y válidos (Aro y Cols. 1989; Van-Den-Bru y Cols. 1989, Fanshawe y Burnett, 1991), además de Barrientos (1998) quien lo aplicó en adolescentes mexicanos.

En esta investigación se pretendió analizar las características de los procesos de valoración y afrontamiento en adolescentes estudiantes de enfermería; y la manera de cómo éstos se modificarán.

RESULTADOS.-

Después de analizar la información recopilada en los instrumentos, los resultados fueron los siguientes:

Cabe señalar que al iniciar la investigación, la muestra fue de 141 sujetos, posteriormente al aplicar el retest, se igualó en 71.

En las tablas, se analizan los datos de puntuación media, desviación estandar, y puntuación mínima y máxima, podemos comentar lo siguiente:

La tabla # 1 nos muestra las doce categorías de afrontamiento y los 54 reactivos que evalúa el instrumento A-Cope, nótese que cada área tiene distintos número de ítems.

En la tabla # 2 observamos las medias que fueron de 150.46 en la primera aplicación y de 146.61 en la segunda. Existen variaciones mínimas que desde el punto de vista estadístico nos permiten señalar que la población, en ambas aplicaciones se comporta de la misma forma, nótese los valores de máxima, media y desviación estándar.

La tabla # 3 nos muestra las doce categorías de afrontamiento, las cinco estrategias con las medias más altas son la autoestima, consultar con amigos, búsqueda de actividades, humor y relajación por diversos medios, y las cinco estrategias con las medias más bajas fueron: la evitación, expresión de sentimientos, búsqueda de apoyo ppprofesional, búsqueda de apoyo religioso y búsqueda de diversiones.

Observamos que como grupo siguen comportándose de la misma forma, como media máxima tenemos la autoestima que en la primera aplicación fue de 3.32 y en la segunda de 3.42, como media mínima siguen utilizando la evitación, en la primera aplicación fue de 1.97 y en la segunda de 1.91, nótese que el orden de preferencia en la población es igual. Estadísticamente como grupo los sujetos se comportan de la misma manera. La tabla # 4 nos muestra la media de los 54 reactivos de los que consta el A-Cope, observamos que la

media mas alta corresponde a la pregunta número cinco, la cual queda incluida en el área de relajación, le continúa la pregunta tres que corresponde al humor y el tercer lugar a la pregunta número uno que corresponde al área de apoyo familiar, la media más baja fue la pregunta número 46 que corresponde al área de evitación.

En ambas aplicaciones las medias son muy parecidas, como grupo en cada reactivo las respuestas son similares.

Se observa la media global que son muy parecidas, se mide lo que se quiso medir y la población responde y se comporta igual.

La tabla # 5 nos muestra los seis reactivos que tuvieron las correlaciones mas altas y fueron los siguientes: el 21, 24, 41, 42, 45 y 48.

Respecto a la confiabilidad del A- Cope, se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach que arrojó los siguientes resultados: en la primera aplicación fue de .7755 y en la segunda aplicación de .8342

Por lo que respecta a los resultados obtenidos con el instrumento de microestrés, la tabla # 6 muestra las situaciones valoradas potencialmente estresantes por las estudiantes de la siguiente manera: con las medias mas altas son las que se refieren a la salud, familia, autoimagen, y la escuela , no así la relación con sus compañeros o con el sexo opuesto.

No existe diferencias significativas entre una aplicación y otra y el orden de preferencia es el mismo, y como grupo se comportan de la misma manera.

A – COPE ITEMS POR AREA

AREA	ITEMS
EXPRESION DE SENTIMIENTOS	19, 22, 26, 28, 49, 51
BUSQUEDA DE DIVERSIONES	2, 9, 11, 33, 37, 43, 48, 53
AUTOESTIMA	15, 25, 32, 40, 45, 47
APOYO SOCIAL	4, 14, 18, 30, 35, 52
APOYO FAMILIAR	1, 12, 31, 39, 41, 50
EVITACION	8, 24, 36, 42, 46
APOYO ESPIRITUAL	21, 23, 44
INVESTIGAR CON AMIGOS	16, 29
APOYO PROFESIONAL	6, 34
BUSQUEDA DE ACTIVIDADES	10, 13, 27, 54
HUMOR	3, 20
RELAJACION	5, 7, 17, 38

TABLA # 1

**A -COPE
POR APLICACIÓN**

	APLIC 1	APLIC 2
MEDIA	150.46	146.61
S.D.	20	19.66
MINIMO	114	99
MAXIMO	205	203

TABLA # 2

A - COPE TEST - RETEST

VARIABLE	PRIMERA APLICACION		SEGUNDA APLICACION	
	MEDIA	D.E	MEDIA	D.E
EVITACION	1.97	.72	1.91	.67
EXPRESAR SENTIMIENTOS	2.25	.65	2.28	.93
APOYO PROFESIONAL	2.37	.94	2.36	.66
APOYO RELIGIOSO	2.44	1.09	2.44	.54
BUSQUEDA DE DIVERSIONES	2.58	.77	2.46	.98
APOYO SOCIAL	2.78	.67	2.68	.62
APOYO FAMILIAR	2.82	.76	2.81	.58
RELAJACION	2.89	.78	2.93	.59
HUMOR	3.07	.85	2.97	.75
BUSQUEDA DE ACTIVIDADES	3.18	.72	3.28	.63
CONSULTA CON AMIGOS	3.3	1.16	3.29	1.22
AUTOESTIMA	3.32	.69	3.42	.73

TABLA # 3

A - COPE MEDIA POR ITEM

ITEM	APLIC 1	APLIC 2
1	1.72	3.97
2	1.07	2.97
3	1.86	3.8
4	1.49	3.21
5	4.47	4.34
6	1.31	3.16
7	2.06	1.86
8	2.37	2.11
9	1.61	1.33
10	2.96	3.08
11	2.25	2.03
12	2.51	2.13
13	1.54	3.55
14	2.89	3.00
15	1.62	3.65
16	3.72	3.61
17	1.86	1.63
18	2.10	1.85
19	2.87	3.08
20	2.27	2.14
21	2.07	1.76
22	2.17	2.59
23	2.37	2.24
24	1.32	1.39
25	1.76	3.72
26	2.8	2.9
27	1.66	3.55
28	1.85	1.92
29	1.07	2.97
30	1.59	3.11
31	2.94	2.89
32	1.99	3.92
33	4.01	3.69
34	1.37	1.44
35	2.51	2.31
36	3.13	3.01
37	1.97	2.00
38	1.34	3.39
39	2.70	2.82
40	1.75	1.94
41	1.14	3.03
42	1.66	1.77
43	3.35	3.13
44	1.28	3.37
45	3.72	3.65
46	1.32	1.25
47	1.52	3.66
48	2.90	3.01
49	1.82	1.63
50	2.90	1.77
51	2.20	2.04
52	2.73	2.61
53	1.52	1.38
54	1.39	2.94
MEDIA	0.8241	0.8342

TABLA # 4

A - COPE
CORRELACION ENTRE ITEMS

ITEM	r
21	0.56
24	0.50
41	0.51
42	0.56
45	0.54
48	0.50

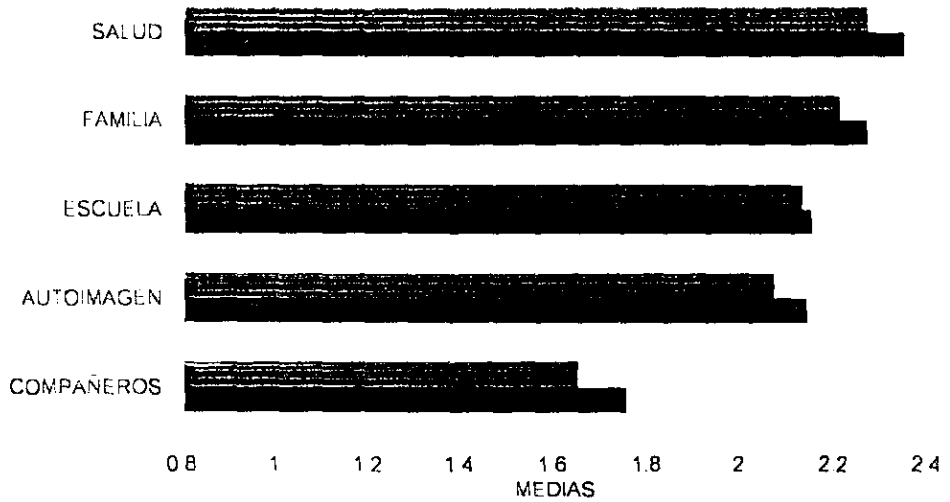
TABLA # 5

MICROESTRES POR APLICACION

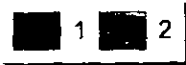
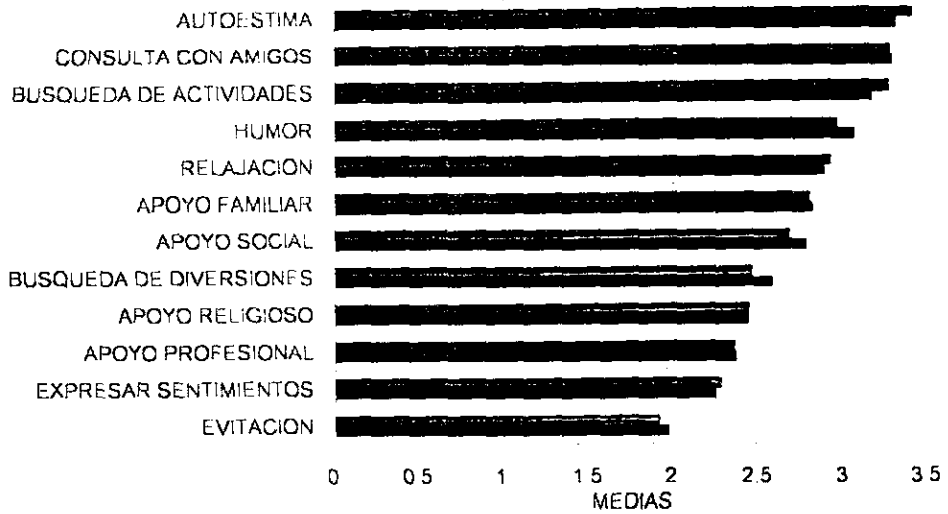
AREA	PRIMERA APLICACION		SEGUNDA APLICACION	
	MEDIA	S.D.	MEDIA	S.D.
COMPAÑEROS	1.75	0.48	1.65	0.63
AUTOIMAGEN	2.14	0.66	2.07	0.83
ESCUELA	2.15	0.55	2.13	0.72
FAMILIA	2.27	0.53	2.21	0.48
SALUD	2.35	0.70	2.27	0.82

TABLA # 6

VALORACION TEST - RETEST



AFRONTAMIENTO TEST - RETEST



DISCUSIÓN

Los datos de la investigación serán contrastados con algunos otros encontrados por investigadores que también han trabajado con adolescentes.

Los resultados muestran que las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por las estudiantes de enfermería fueron: la autoestima, consultar con amigos, relajación, búsqueda de actividades y optimismo (humor).

Apoyando la hipótesis de Peterson (1995), encontramos que la preferencia hacia algunas estrategias se modifica con el nivel de desarrollo: expresar sentimientos, diversiones, apoyo religioso, apoyo familiar y búsqueda de diversiones disminuyen con la edad, mientras que la autoestima y con ella la confianza del adolescente aumenta a medida que él avanza en su desarrollo, las estudiantes se encuentran entre los 14 y 18 años de edad, lo cual corrobora dicha hipótesis. A esta edad el apoyo familiar pierde importancia y es sustituido por la investigación con amigos.

Esta estrategia de afrontamiento es importante para la estudiante, a este respecto Craig (1988) indica que las relaciones del adolescente con sus compañeros le proporciona el apoyo emocional que necesita para afrontar los múltiples cambios de su vida, y el deseo de independencia les aleja del núcleo familiar, rompiendo en ocasiones la homeostasis y originando situaciones críticas.

La búsqueda de actividades y el humor son otras dos estrategias de afrontamiento muy utilizadas por las estudiantes, considerando la edad de las estudiantes, y el sexo encontramos que los resultados obtenidos apoyan los resultados encontrados por Barrientos (1998) en un estudio realizado en adolescentes de ambos sexos, sin embargo a medida que el adolescente avanza en edad y en desarrollo estas estrategias van cambiando. En la investigación realizada por nosotros las mujeres entre 14 y 18 años utilizan principalmente el humor, y en la investigación de Barrientos fueron los hombres, en la mujer era sustituido por la autoimagen, esto debido a que la alumna de enfermería empieza a convivir desde los 14 años con adolescentes generalmente del mismo sexo, ya que la carrera es eminentemente femenina, la disciplina de la carrera es estricta y entre ellas tienen que aprender a desarrollar una gama de habilidades que les permita adaptarse al medio ambiente que las rodea (hospitales, comunidades, pacientes, etc).

Otra estrategia de afrontamiento utilizada por las estudiantes fue la relajación por diversos medios, este resultado lo considero sumamente importante, ya que en otras investigaciones antes descritas, ésta fue una de las estrategias menos utilizadas por los adolescentes en general, por lo que sería interesante ampliar en un futuro nuestra investigación y corroborar la información obtenida, aunque suponemos que esta situación se deba a que el docente de manera implícita lanza mensajes en el momento de dar orientación a la estudiante antes de realizar un procedimiento.

Las medias más bajas fueron la evitación y la expresión de sentimientos. Lopeland y Hess (1995) indican que las mujeres presentan mayor tendencia a la evitación y a la búsqueda de diversiones en comparación con los hombres, y aceptan más el apoyo social, el apoyo

profesional y el apoyo espiritual), en esta investigación al igualar la muestra todas fueron mujeres, por lo que se corrobora nuevamente dicha hipótesis.

La expresión de sentimientos es una estrategia de afrontamiento muy poco utilizada por las estudiantes de enfermería, y me pregunto ¿porqué no expresan sus sentimientos? En la profesión de enfermería la disciplina es rígida, casi militarizada, las acciones que se realizan no deben estar sujetas a prueba de error debido a que se trabaja con vidas humanas, las enfermeras son inducidas a controlar sus sentimientos, desde muy chicas, pues delante de un paciente no se puede estar con túbucos o llorar. ¿ será acaso que la estudiante no posee una gama de habilidades? O ¿es muy poco asertiva para expresarlas?, nuestra experiencia nos dice que es por la forma en como se le disciplina a la estudiante durante el tiempo que dura en la escuela, sin embargo sería interesante investigar mas ampliamente este punto

Con respecto a la valoración la forma en que la estudiante valora su contexto es muy importante, los resultados obtenidos indican que las principales fuentes de estrés son las relacionadas con la salud, la familia, la escuela, y la autoimágen, esto en orden de importancia.

La categoría menos estresante fue la interacción con sus compañeros, lo cual constituye una importante fuente de afrontamiento.

La salud en nuestras estudiantes causa gran preocupación, debido a que la toman como el elemento primordial para poder desempeñar un trabajo, desde muy jóvenes se inician en él debido a que la mayoría carece de recursos, por lo general son las primogénitas y tienen que empezar a aportar dinero a sus casas para apoyar a la familia. Esta categoría altamente estresante, también fue considerada así por adolescentes que participaron en la

investigación de Barrientos (1998). También es probable que la salud sea fuente generadora de estrés debido a la gran cantidad de cambios hormonales, físicos y fisiológicos que ocurren en este período y que dan origen a una serie de manifestaciones tales como la menstruación, dolor, cefaleas acné, etc.

Las interacciones estresantes que proceden de la familia se debe indudablemente al conflicto generacional que se da entre los adolescentes y sus padres (Obregón 1993) comenta que el adolescente pone a prueba su eficiencia y coherencia con la de sus padres; esto conlleva por lo general a tener relaciones llenas de tensión.

La autoimagen es muy importante, les preocupa mucho su apariencia personal y la necesidad de ser aceptada por un grupo, y por el sexo opuesto, está relacionada con el plan de vida del adolescente, ya que además de considerar el aspecto profesional, implica la elección de una pareja con la cual establecer relaciones y compartir proyectos (Merino, 1993). También se asocia la participación del adolescente a un mundo de relaciones más extenso, y al logro de su independencia

Es importante mencionar que aunado a los conflictos propios de la adolescencia, la estudiante de enfermería proviene de un nivel socioeconómico y cultural bajo, lo cual genera conflictos importantes en la relación de ésta con su medio externo

Castro y Llanes (1995) encontraron que los adolescente de nivel socioeconómico medio y bajo, presentan problemas de alcoholismo, deficiente información sexual, manejan de manera inadecuada la agresividad presentan dificultades en el manejo del dinero, y poseen estrategias de afrontamiento pobres, ante eventos negativos que se les presentan, estas

características son sin duda las de nuestras estudiantes, situación por la cual se sienten fuera de contexto, y en muchas ocasiones es factor de deserción.

Barrientos (1998) en su investigación con adolescentes mexicanos encontró que el nivel sociocultural no marcó diferencias en el manejo de estrategias utilizadas, pero sí en el orden de preferencias.

Los eventos escolares suelen constituir una fuente importante de estrés para los adolescentes, quienes al manejar inadecuadamente estas interacciones pueden presentar problemas de adaptación o de rendimiento escolar, aunados a trastornos fisiológicos relacionados con problemas emocionales (Lee y Larson, 1996).

Puskar y Lamb (1991) encontraron que durante la adolescencia, los eventos escolares pierden potencialidad para desencadenar interacciones estresantes, siendo los eventos familiares los que cobran mayor relevancia.

La relación de afrontamiento y desarrollo de adicciones durante la adolescencia ha sido documentada por Peterson y Mc Cubbin (1995) quienes descubrieron que ciertos patrones de afrontamiento asociados a determinados contextos pueden favorecer al uso de drogas, mientras que otros parecen reducir el mismo. La relación entre estrés y adicciones ha sido estudiada también por Campbell y Cols. (1983).

La preocupación por el desempeño académico, y el consecuente desarrollo de ciertas interacciones que les produzcan estrés es explicable por que a la edad entre 14 y 16 años el adolescente ingresa a la educación media básica, esto aumenta las demandas y requiere que el adolescente haga despliegue de ciertas estrategias de afrontamiento y valore de diferente manera su entorno para que logre adaptarse adecuadamente. Souza (1988) señaló que esta

situación se torna más difícil porque debe adaptarse simultáneamente a los cambios físicos, fisiológicos y psicológicos propios de la edad. Aunado a lo anterior debe mencionarse que en la alumna de enfermería recae también la elección de una profesión de manera prematura, ya que mientras otros adolescentes están en la preparatoria, ellas se inician en el desempeño de funciones propias de la misma.

Al igual que el afrontamiento, la valoración que hacen los adolescentes cambia de acuerdo al género, las mujeres al parecer son más vulnerables a desarrollar interacciones estresantes, pues valoran más los eventos de su entorno como amenazas a su bienestar físico o emocional, esto fue comprobado en las investigaciones de Bird y Harris (1995) Groer y Cols (1992) y Hastings y Cols (1996) y nuestros datos fueron resultados de una investigación hecha con adolescentes mujeres, inmersa en un entorno por demás estresante como lo es la profesión de enfermería.

Realizando una revisión general de los resultados obtenidos podemos concluir que el repertorio de afrontamiento del grupo estudiado fue escaso en cuanto al uso de estrategias empleadas, y en cuanto a la valoración, considero que sería necesario aplicar otro instrumento en donde específicamente se evaluén situaciones estresantes propias de la carrera de enfermería.

Sería conveniente que con base en los resultados obtenidos con las estudiantes se elaboraran programas de intervención en donde se enseñe al alumno a utilizar estrategias de afrontamiento que le permitan disminuir el estrés con el fin de lograr un óptimo bienestar físico, emocional y social

BIBLIOGRAFÍA

- Alle, S. y Hiebert, B. (1991) : Stress and coping in adolescents. Canadian Journal of counseling. Jun, No. 1, pp. 19-32
- Amara P. G. (1993) : El adolescente y la familia.,- Perfiles Educativos. No. 60 pp. 13-18.
- Barnetos, N. I., Reynoso, E. L. y Seligson N. I. (1995) : Análisis del desarrollo de interacciones estresantes y estrategias de afrontamiento en adolescentes. Trabajo presentado en el VII Congreso Mexicano de Psicología realizado en la Cd. de México.
- Belar, D C., Deardoff, W y Kelly, K. (1987) . Defining the Field of clinical health psychology. En C. De Belar, W.W. Deardoff y K. E. Kelly (Eds) The Practice of Clinical Health Psychology. Capítulo 1, p.p. 1-10. New York. Pergamon Pres
- Campbel F., Singer, G. y Schotfield, P (1983) : Stress, Drugs and Health. Pergamón Press New York. Capítulos I, II, IV y V.
- Castro y Llanes (1995) "Chimalli" Programa de Prevención de riesgo Psicosocial en la adolescencia : Una comparación entre adolescentes medios y tardíos. Trabajo Presentado en el VII Congreso Mexicano de Psicología realizado en la Cd. de México.
- Compás, Buce (1987) : Coping With Stres during Childhood and Adolescence. Psychological Bulletin. Mat, Vol. 101 (3), pp. 393 403.
- Compás, B., Bamez, G. Malcarne, V. y Worsham, N (1991) : Perceived Control an coping with stress : A developmental perspectiva. Journal of Social Issues. Win. Vol 47, No. 4. Pp 23-34
- Copeland, E. y Hess, R. (1995) .Differences in young adolescent coping strategies based on gender and ethnicity. Journal of early Adolescence 15 (2), 202- 210
- Carrobbles, J. (1984) "Psicología y Medicina". En avia, M. ; Burgaleta, R. Camarero, C. ; Carrobbles J. ; Costa, M. y Fierro. A. La Psicología como Ciencia. Editorial Ayuso. Madrid.
- Cohen, F y Lazarus, r (1979) "Coping with stresses of illness. En Stone G , Cohen, f y Adier, N. Health Psycikigy. A Handbook. Hossey-Bass Publishers San Francisco
- Cohen, S i Manuck, S (1995) "Stress ; reactivity and Disease" En Psychosomatic Medicine. Vol 57 423-426
- Craig, G.J (1988) Desarrollo Psicológico. Prentice Hall Inc México Cap. XIII.

Deffenbacher, J. (1993). "La Inoculación de Estrés". En Caballo, V. Manual de Técnicas de terapia y Modificación de Conducta. Editorial Siglo XXI. Madrid.

Donker, J. (1993) "Medicina conductual y psicología de la salud". En Bucla Casa, G. y Caballo, V. Manual de Psicología Clínica Aplicada. Editorial Siglo XXI Madrid.

Duran, G. L., Hernández, r. M, Díaz, N L y Becerra, A. J. (1993): Educación para la Salud. Perfiles Educativos. Octubre - Diciembre, pp. 42-48.

Folkman, S., Lazarus, R., Durkel-Schetter, C., Delongis, A. y Gruen, R. (1986) Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes". En Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 50 992-1003.

Godoy, J. (1991) "Medicina Conductual". En: Caballo, v. Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Editorial Siglo XXI Madrid.

Grant, K. y Compas, B. (1995). Stress an anxious-depressed symptoms among adolescents: Searching for mechanisms of risk. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Dec Vol 63, No 6 Pp. 1015-102.

Ham, y Larson, R. (1990): The cognitive moderation of daily stress in early adolescence. American Journal of Community Psychology. Aug., vol. 18, No. 4, pp. 567-585.

Plastings, J., Anderson, S. y Kelley, M. (1996): Gender differences in coping an dailly in conduct disorderd and non conduct disorderd adolescents. Journal of Psychopathology an Behavioral Assessment. Sep. Vol 18, No. 3 Pp. 213-226.

Hoffman, M. A., Levy, S. R., Solhber, s. C. y Zarizku, J. (1992): the impact of stress and coping. Developmental changes in the transición to adolescence. Journal of Youth an Adolescence. Aug. Vol. 21, No 4 pp 451-459.

Kazdin, A. (1983) Historia de la Modificación de Conducta. Biblioteca de Psicología Desclee: de Brouwer Bilbao.

Keller F. (1983) "Watson y el conductismo". En: La definición de Psicología. Editorial Trillas, México.

Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1983) "Evaluación Conductual". En Psicología Clínica. Perspectivas Científicas y Profesionales. 431-480. Editorial. Limusa, México.

Lazarus, r. y Folkman, S. (1986). Estrés y Proceso Cognitivos.
Editorial Martínez Roca, Barcelona.

Lazarus, R. (1993) "Coping Theory an Research: Past, Present and Future" En Psychosomatic Medicine. Vol 55 234-247

Lee, M. Larson, R. (1996) : Effectiveness of coping in adolescence

The case of Korean examination stress. Internacional Journal of Behavioral Development. Dec. Vol. 19 No. 4 Pp 851-869.

Macias, A. (1991). Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Cap. 1 Editorial Pirámide Madrid

Merchenbaum, D. y Jaremko M. (1987) Prevención del Estrés. Editorial Descée de Brower. Bilbao.

Manjarrez, I. J., Valenzuela, M. M. Valdez, D.V. y Basurto, G. T. (1995). Cambio cultural en adolescentes. Trabajo presentado en el VII Congreso Mexicano de Psicología, realizado en la Ciudad de México

Mates, D. y Allison, K. (1992). Sources of stress and coping responses of high school students. Adolescence Sum, Vol. 27, No. 106, pp. 461-474.

Merino G. C. (1991) : Adolescencia, juventud y plan de vida. Perfiles Educativos No. 47-48 Pp 66-70.

Merino, G. C. (1993) Identidad y plan de vida en la adolescencia media y tardía. Perfiles Educativos No. 60 pp. 44-48

Obregón, R. I. (1993) El adolescente estudiante: Experiencia docente. Perfiles Educativos. No. 60 pp 53-57

Ortiz, V. G., Gamboa, S. T., Enrenzweig, S. Y. Y Sivilla, R. I. (1996) : Modificación de Estilos de Afrontamiento para el Autocontrol del Paciente Hipertenso. Trabajo presentado en el XIII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, I Congreso Interamericano e Iberoamericano de Análisis de la Conducta, realizado en Veracruz, México.

Pomerleau y Brady (1979) "Introducción : the scope and promise of Behavioral Medicine". En Pomerleau y Brady (1981) Behavioral Medicine : Theory and Practice Williams and Wilkins Co. Baltimore

Peterson, J. M. y McCubbin, H. I. (1987) : Adolescent coping style and behaviors : conceptualization and measurement. Journal of Adolescence. Jun. Vol. 10, No. 2 pp 163-186

Peterson, I. (1989) coping by Children Undergoing Stressful Medical Procedures : Some Conceptual, Methodological and Therapeutic Issues. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 57, No. 3 pp 380-387

Puskar, K. Y Lamb, J. (1991) Life events, problems, stresses and coping methods of adolescents. Issues in Mental Health Nursing. July-September. Vol. 2 No 3 pp 267-281.

Ribes, E. (1990) Psicología y Salud: Un Análisis conceptual Editorial Martínez Roca Barcelona.

Ribes E. (1982) El Conductismo: Reflexiones críticas. Editorial Fontanela. Barcelona.

Roskies, E. (1987) Stress Management for the Healthy Type A: theory and Practice. The Guilford Press. New York.

Sánchez - Canovas (1993) "Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento". En Buela-Casal y Caballo. V. Manual de Psicología Clínica Aplicada. Editorial Siglo XXI. Madrid.

Seligson, N. I., Reynoso, E. L. Nava Q. C. (1993): Estilos de vida: Relaciones Conductuales entre Infarto al Miocardio agudo y Neoplasias. Proyecto de Investigación registrado en la UNAM Campus Iztacala

Seligson, N. I., Reynoso, E. L. y Nava, Q. C. (1993) a: La Psicología de la Salud y sus Diferentes Campos de Aplicación. Salud y Sociedad. Vol. 2, No. 1, pp. 37-48

Selye, H. (1980) Selye's Guide to Stress Research. New York. Van Nostrand reinhold, C.O.

Souza, M. M. (1988) Educación en salud mental para maestros. El Manual Moderno, S.A. México. Capítulo III

Spinto, A, Stark, L, Grace, N. Y Journal of Youth and Adolescence. 20 (5), 531-544. Stamoulis, D. (1991). Common problems and coping strategies reported in childhood and early adolescence

Stone, G, Cohen, F. y Adier, N. (1979) Health Psychology. Cap 3. Jossey Bassy.

Stern, M. Y Zevon, M. (1990). Stress, coping and family environment: the adolescents response to naturally occurring stressors. Journal of Adolescence Research. 5 (3), 290-305

Valdés, M. y Flores, t. (1985) Psicología del estrés. Editorial Martínez Roca. Barcelona.

ANEXO # 1

VALORACIÓN Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

A ACOPE

(Pettersson y Mc Cubbin)

Instrucciones. Las personas suelen comportarse de manera particular ante los problemas y dificultades que se le presentan cada día. A continuación encontraras una lista de las conductas que usualmente suelen presentarse en situaciones difíciles, indica con que frecuencia presentas tú estas conductas cuando te encuentras en problemas, usa para ello la siguiente escala

- 1 Nunca
- 2 Difícilmente o de manera un esporádica
- 3 Algunas veces
- 4 Frecuentemente
- 5 Siempre o casi siempre

Después de leer cuidadosamente cada reactivo anota el número que corresponde a tu respuesta en la rayita de la derecha.

Ejemplo

Cuando discuto con mis compañeros grito y me enojo 3

En el ejemplo anterior la persona coloco el numero 3 en la rayita lo cual indica que algunas veces grita y se enoja cuando discute con sus compañeros

- 1.- Sigo las reglas impuestas por mis padres _____
- 2.- Me pongo a leer _____
- 3 - Trato de ser optimista _____
- 4 - Me disculpo con la gente _____
- 5 - Me pongo a escuchar música _____
- 6 - Hablo del problema con la maestra en quien mas confio o con la orientadora _____
- 7 - Me pongo a comer para tranquilizarme _____
- 8.- Procuro no estar en la casa o salirme tanto tiempo como me sea posible _____
- 9.- Tomo las pastillas o el te que me recetó el medico para tranquilizarme _____
- 10.- Procuro concentrarme en mis tareas escolares o me pongo a estudiar para olvidarme del asunto _____
- 11.- Me voy a las tiendas a ver aparadores o a comprar cosas _____
- 12.- Trato de razonar con mis padres y hacer compromisos con ellos por ejemplo tu me dejas salir y yo hago mi tarea _____
- 13- Trabajo fuerte en mis actividades escolares _____
- 14.- Me pongo a llorar _____
- 15.- Pienso que todo se va a arreglar _____

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 16.- Hablo con mi mejor amigo (a) o con mi novio o (a) _____
- 17.- Salgo a dar una vuelta en el carro _____
- 18.- Trato de hacerme el gracioso _____
- 19.- Me enojo y grito _____
- 20.- Bromeo respecto a la situación _____
- 21.- Voy a la iglesia y hablo con el padre _____
- 22.- Me quejo y busco apoyo en alguna persona de mi familia _____
- 23.- Voy a la iglesia o templo pero no hablo con nadie _____
- 24.- Fumo, tomo alcohol o uso alguna droga para olvidarme del problema, tranquilizarme ó desquitar mi enojo _____
- 25.- Analizo la situación y planeo lo que tengo que hacer _____
- 26.- Me enojo y pienso que son injustos conmigo _____
- 27.- Me pongo a trabajar en mis actividades escolares y domésticas _____
- 28.- Culpo a otras personas de lo que me pasa, por ejemplo a mis padres, hermanos, amigos o maestros _____
- 29.- Busco a mi mejor amigo (a) y le cuento todo _____
- 30.- Trato de ayudar a otros a resolver sus problemas _____
- 31.- Hablo con mi mamá sobre mis hermanos _____
- 32.- Confío en que soy capaz de solucionar mis problemas y trato de tranquilizarme _____
- 33.- Practico mi pasatiempo favorito (ver t.v., practicar algún deporte, tocar instrumentos etc. _____

- 34.- Visito a un psicólogo o a un medico para que me de terapia y me ayude a resolver mis problemas -----
- 35 - Trato de olvidarme del problema haciendo nuevos amigos -----
- 36.- Pienso que los problemas no son tan graves o tan importantes -----
- 37 - Me voy al cine con mis amigas o amigos -----
- 38 - Me pongo a imaginar como podria ser mi vida si no tuviera esos problemas -----
- 39 - Hablo con mi hermano (a) respecto a lo que pasa -----
- 40 - Busco trabajo -----
- 41.- Hago actividades con mi familia -----
- 42 - Fumo -----
- 43 - Veo T V -----
- 44 - Rezo aunque no vaya a la iglesia -----
- 45.- Trato de ver las cosas por el lado bueno -----
- 46.- Ingiero bebidas alcoholicas -----
- 47.- Trato de tomar mis propias decisiones -----
- 48 - Me pongo a dormir -----
- 49 - Soy sarcástico (me burlo de lo que pasa) -----
- 50 - Hablo con mis padres sobre la familia -----
- 51 - Me quejo con mis amigos -----
- 52 - Hablo con mis amigos cercanos de sus problemas y como se sienten ante ellos -----
- 53 - Me divierto practicando juegos de video -----
- 54 - Realizo actividades fisicas -----

ANEXO # 2

VALORACIÓN Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

INVENTARIO DE EVENTOS MICROESTRÉS (HAM Y LARSON)

Datos personales:

Nombre completo:

Edad años meses Sexo P () M ()

Grado escolar y escuela:

Localidad:

INSTRUCCIONES:

A continuación se enlistan una serie de situaciones comunes en la vida de los adolescentes, algunas de ellas pueden ocasionar que el adolescente se sienta estresado o nervioso, otras no le crean ningún sentimiento en especial

Lee con cuidado cada situación y señala el grado de estrés que te ocasionen, usa para ello la siguiente escala.

- 1 Si la situación no te estresa
- 2 Si solo te estresa un poco
- 3 Si al estar en esta situación te estresas moderadamente

4 Si la situación te estresa mucho

Al final de cada bloque de preguntas encontrarás dos renglones que inician con la palabra "OTROS", en ese espacio puedes anotar las situaciones relacionadas con la familia, la escuela, los compañeros, la salud o tu auto imagen, según corresponda, que no han sido consideradas en el bloque de preguntas, pero que a ti te estresan

FAMILIA

Las peleas con tu (s) hermano
(s)

Ir en compañía de tu familia a visitar
A tus abuelos, u otros familiares
Mayores

Tener problemas o discusiones con tus
Papás

Salir de pasco en compañía de tus padres
Y hermanos

Que tu papá o mamá te den un trato
Distinto al que dan a tus hermanos

Que tus padres no te permitan hacer

Lo que deseas

Escuchar los razonamientos de tus padres
Respecto a tu conducta

.....

Que tus padres decidan por ti las cosas
Que te conciernen

.....

Que tus hermanos o algún miembro de
La familia tome tus cosas sin permiso
Y las use

.....

Que tus padres o hermanos registren tus cajones

.....

Cuando tus padres te niegan permisos o
Te ponen horarios

.....

Verte envueltos en discusiones familiares en las
Que tu no participas pero estas
Presente cuando ocurren

.....

Salir de vacaciones con tu familia

.....

Que tus padres traten friamente a tus amigos
(no los traten con amabilidad o los ignoren)

.....

Que tus padres no toleren a tus amistades y los
Traten mal (ofendiéndolos o corriendolos
Cuando te buscan

.....

Ir a una fiesta en compañía de tus padres

.....

Ir a una fiesta con tus hermanos _____

Pedir permiso a tus padres para realizar
Algunas actividades _____

Que tus padres critiquen tu forma de ser _____

Otros: _____

COMPAÑEROS

Recibir una felicitación de tus amigos _____

Ir a una fiesta _____

Pelearse con alguno de tus amigos (as) _____

Conocer a alguien _____

Pelearse con tu novio (a) _____

Llegar a un lugar y ser aceptado (a)
Por un nuevo grupo de amistades _____

Distanciarte de tu novio (a) _____

Recibir burlas o bromas de tus amigos (as) _____

Iniciar la plática con alguien en una fiesta
O reunión _____

Salir en compañía de tus amigos _____

OTROS: _____

ESCUELA

Recibir calificaciones _____

Participar en eventos especiales
Dentro de la escuela _____

Participar en clase _____

Tener problemas en tu aprovechamiento
Escolar _____

Que tus maestros te traten diferente en
Comparación al trato que dan a tus compañeros _____

Estar en periodo de exámenes _____

Entregar un trabajo _____

Exponer un tema asignado por el profesor _____

Ser amonestado frente a tus compañeros
Por un profesor _____

Destacar en eventos escolares _____

Hacer tus tareas cotidianas _____

Pertenece a algún equipo deportivo
En la escuela _____

Otros: _____

SALUD

Estar enfermo o incapacitado _____

Estar gravemente enfermo o incapacitado _____

Visitar al médico _____

Visitar al dentista _____

Tener problemas para dormir como
Insomnio o sueño intranquilo _____

Tener problemas con tu peso o talla _____

Otros: _____

AUTOIMAGEN

Sentirse rechazado por los demás _____

Perder algo _____

Perder una oportunidad de trabajo _____

Tener experiencias nuevas _____

Idcar cosas importantes _____

Hacer planes de vida como
Pensar que serás mas adelante _____

Sentirse solo _____

Que tu peso y talla no sean los _____