



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EL INSTRUMENTO SUCESOS DE VIDA EN LA IDENTIFICACION DE
FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS
(Y AUTOINMUNES) EN UN GRUPO DE ADULTOS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
SUSANA ESTRADA SILVA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO
REVISORA DE TESIS: MTRA. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA
ASESORA METODOLOGICA: MTRA. CONSUELO DURAN PATIÑO

SINODALES: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ
LIC. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRIGUEZ
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**Esta tesis se realizó dentro del Proyecto de Investigación denominado:
“Detección de Factores De Riesgo En Problemas Emocionales y Diseño de
Estrategias De Intervención en Adolescentes”.
DEGAPA.PAPIIT. No.: IN-300002**

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES:

A la Doctora Emilia Lucio Gómez-Maqueo por permitirme formar parte de su equipo de trabajo donde aprendí tanto, por su apoyo en la realización de esta Tesis y por su destacado trabajo que es una motivación a ser mejor siempre.

A la Maestra Consuelo Durán Patiño por su apoyo incondicional, su tiempo y sobre todo su paciencia. Por sentarse conmigo desde el principio y ayudarme a planear esta Tesis, por apoyarme en el desarrollo metodológico y por siempre tener una respuesta a mis preguntas.

A la Maestra Cristina Heredia Ancona por su paciencia para revisar mi trabajo y sugerirme siempre opciones para mejorarlo.

A mis Sinodales Dr. José de Jesús González Núñez, Lic. Patricia Paz de Buen Rodríguez y Dr. Samuel Jurado Cárdenas, que gracias a sus correcciones ayudaron a que este trabajo fuera mejor cada vez y que yo me sintiera orgullosa de haberlo realizado.

A todo el equipo de investigación con el que aprendí tantas cosas en este año y donde hice amigos inolvidables. A Paulina, Ana, Luz Elena y Sonia por ser mis compañeras de aventuras en las aplicaciones y de cada día en las terapias con los adolescentes, a Laura por demostrarme siempre su amistad. A tí Lulú, porque sin tí, yo no me hubiera divertido tanto y no hubiera sabido que hacer tantas veces, sin tu apoyo incondicional y tus palabras. Gracias por abrirme las puertas de tu casa y de tu corazón, tu sabes que eres muy especial para mí y que te quiero mucho.

Finalmente gracias a todas esas mujeres que pasaron por mi vida académica haciéndome admirar su amor por la Psicología y sentirme orgullosamente, MUJER:

Milagros Figueroa, Blanca Barcelata, Cristina Heredia, Karina Torres, Mari Corsi Cabrera, Emilia Lucio, Claudette Dudet Lions, Consuelo Durán, Patricia Paz, , Consuelo Arce, Isabel Reyes, Marina Ménez Irma Yolanda del Río y Concepción Morán.

ESTA TESIS ESTA DEDICADA A:

Mis padres, Catalina y Juan porque gracias a su esfuerzo y apoyo yo pude llegar hasta aquí. Gracias por siempre dárme todo: su amor, su apoyo y su sacrificio:

A mi padre que siempre me ha apoyado aunque a veces sea muy difícil, que siempre me ayuda y me alienta en mis triunfos. Gracias por ser mi padre, te quiero mucho. A mi madre que desde niña siempre me llevó a la escuela, siempre pendiente de las juntas, de los materiales, de que yo comiera bien y que además aprendiera mucho. Gracias por preocuparte siempre por darme lo mejor.

A mis hermanos Víctor, Toñita, Sandra y Silvia porque siempre han sido un apoyo esencial para mi vida, se que nunca me dejarán sola y ellos saben lo mismo de mí. Gracias por estar siempre escuchando, siempre apoyándome, siempre juntos..... siempre, siempre.

A mi sobrina y "amiga" Daira Fernanda por darme luz en esta vida y hacerme quererla tanto. Gracias por hacerme sentir tan feliz y por que cuando todo parece oscuro, volteo a verte y sé que es verdad lo que me dices: "la vida es muy buena", en especial conmigo.

A Oscar mi amigo incondicional, gracias por escucharme y confiarme tus cosas, por ayudarme a buscar soluciones siempre que lo necesito, por estar ahí desde hace tantos años y porque vas a estar ahí toda la vida.

A la banda metalera cuya compañía es mi mejor motivación para ser feliz y seguir adelante día a día:

A Miguel, por enseñarme a ser más positiva y disfrutar cada momento de la vida como él lo hace. Gracias por hacerme sentir tan querida, por todas nuestras experiencias juntos y por ayudarme a madurar con tu compañía.

A mis maaaaaanas: Gaby, Karina y Alessandra por hacerme sentir que el metal es un estilo de vida para siempre y sentirme orgullosa de ser mujer, metalera, psicóloga y tener amigas como ustedes.

A Roberto por ser el mejor amigo que uno pueda tener en el metal, gracias por tantas risas, tantos buenos momentos y por escucharme.... "AJÁÁÁ".

A todas mis amigas PAEITAS, especialmente a Yasmín, Karina, Zeidi, Teresita Capullo de Rosa, Lisette, Luz y la Adrianus por que crecí y maduré junto a ellas y nunca las olvidaré. Gracias por todas sus enseñanzas, las experiencias, nuestras bromas, nuestras risas, todo eso que nos hizo ser las amigas que somos y que nunca dejaremos de ser.

A Oscar Herrera Director del Coro Ars Iovialis de la Facultad de Ingeniería y a cada uno de sus miembros por permitirme cantar con ellos y vivir los momentos más bellos de mi vida. Gracias por enseñarme a sentirme viva cuando canto, por tener la experiencia de cantar de solista y por que yo se que estos recuerdos, son para toda mi vida.

A todas y cada una de las personas que me motivaron a seguir adelante, y me apoyaron en tantas desmañadas, desveladas, trabajos, examenes, visitas a clínicas, hospitales, en las clases de 7 de la mañana o cursos en la noche. Gracias a los que estuvieron ahí ayudándome, cuando yo tenía que estudiar para dos o tres exámenes de Psicología o del Inglés, cuando tuve que escribir o imprimir un trabajo. Cuando me apoyaban porque estaba cansada, con sueño, fastidiada o con hambre. Gracias por estar y seguir ahí, desde entonces.

Gracias a la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO porque viví maravillosos momentos en ella: Estudiar en el CELE, ir a su Gimnasio, descansar en sus campos... Por que viví su huelga y viví mucha lucha, dificultades, desunión y estrechamiento de lazos con y entre mis compañeros, pero que me enseñó a no creer lo que veo y sí a luchar por lo que quiero. Porque viví muchas fiestas, conciertos y eventos culturales en sus Facultades, en las Islas, en la Sala Nezahualcóyotl. Porque nunca olvidaré las ofrendas de día de muertos, ni cuando la recorrí con mis amigas con disfraz de monje... Porque participé en los conciertos corales de todas las facultades.... Gracias porque fui muchos años y por siempre seguiré siendo orgullosamente.... PUMA.

Gracias a la FACULTAD DE PSICOLOGÍA, porque en sus aulas encontré personas y enseñanzas increíbles, así como momentos de comprensión maravillosos. Pero sobre todo porque después de estudiar en ella, encontré en mi pensamiento la madurez, la capacidad de dudar de lo que escucho y comprender lo que no escucho, encontré mis propias preguntas y entendí que a veces hay más de una respuesta, en sus aulas encontré..... una nueva conciencia de mí misma.

ÍNDICE

RESUMEN	p. 1
----------------------	------

INTRODUCCIÓN	p. 4
---------------------------	------

CAPÍTULO I.

1.1 Edad adulta	p. 8
1.2 Estrés	p. 15
1.3 Trastornos psicofisiológicos.....	p. 40
1.4 Dermatitis	p. 54
1.5 Síndrome del Colon Irritable.....	p. 59
1.6 Lupus.....	p. 70

CAPÍTULO II.

2.1 La medición en psicología	p. 81
2.2 Cuestionario sucesos de vida.....	p. 99
2.3 Importancia del Estudio de Sucesos Estresantes para Diferenciar las Enfermedades Psicósomáticas de las que no lo son.....	p.116

CAPÍTULO III.

3.1 Metodología.....p. 127

3.2 Procedimiento.....p. 136

CAPÍTULO IV.

4.1 Análisis de Resultados.....p. 143

CAPÍTULO V.

5.1 Discusión.....p. 157

5.2 Conclusiones.....p. 167

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....p. 171

ANEXOS.....p. 177

EL INSTRUMENTO SUCESOS DE VIDA EN LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS (Y AUTOINMUNES) EN UN GRUPO DE ADULTOS.

Nombre: Susana Estrada Silva

RESUMEN

Debido al creciente nivel de estrés que existe actualmente entre la población adulta, además del grado de influencia de éste, sobre la salud de los sujetos, se consideró necesario encontrar una alternativa, para la Identificación de Factores de Riesgo que pueden predisponer al desarrollo de enfermedades Psicosomáticas (y Autoinmunes), tales como Dermatitis, Colon Irritable y Lupus.

En esta investigación, con el fin de afrontar la problemática anteriormente descrita, se utilizó como herramienta de trabajo el Instrumento Sucesos de Vida para Adultos, diseñado para identificar factores de riesgo relacionados con sucesos estresantes. Por medio de la aplicación de dicho cuestionario, se intentó encontrar diferencias en los resultados obtenidos de la comparación de dos muestras.

La muestra clínica estuvo compuesta por sujetos que padecían alguna enfermedad psicosomática y la muestra normal estaba formada por sujetos sin enfermedades de este tipo. De esta manera, como primer

objetivo, trató de encontrarse un mayor número de Sucesos de Vida Estresantes, experimentados por los sujetos de la muestra clínica, en comparación a los sujetos de la muestra normal. Dichos sucesos tendrían que haber sucedido en el periodo de un año anterior a la aplicación del cuestionario. Con el fin de cumplir un segundo objetivo, se pretendió encontrar diferencias en cuanto a los Sucesos experimentados, dentro de los tres grupos de sujetos, dentro de la muestra clínica, que padecían tres diferentes tipos de enfermedades (Dermatitis, Colon Irritable y Lupus). De igual manera, como tercer y último objetivo, se buscaron diferencias en relación al sexo de los sujetos pertenecientes a la muestra clínica.

Es un estudio comparativo, con diseño no experimental, Ex post Facto, con un muestreo no probabilístico e intencional que tuvo como participantes a 418 sujetos dentro de la muestra normal de 21 a 69 años de edad de ambos sexos y para la muestra clínica se contó con 131 sujetos de 18 a 78 años de edad, de ambos sexos.

Se trabajó con Análisis de Frecuencias y una χ^2 cuadrada, para encontrar diferencias entre ambas muestras y observar si hay un mayor número de sucesos de vida en un grupo de sujetos con enfermedades psicosomáticas que en el grupo de sujetos sin enfermedades. Posteriormente se trabajó con base a un Análisis Factorial y se obtuvo un Análisis de Varianza para hacer comparaciones múltiples entre los tres grupos de enfermedades en la muestra clínica. Finalmente se utilizó una Prueba T para encontrar diferencias entre sexo dentro de la misma muestra.

Como resultado de esta investigación, se encontró un mayor número de Sucesos de Vida en la muestra clínica en comparación que el número de sucesos de vida que experimentaron los participantes de la muestra normal. Así también, se encontraron diferencias entre los tres grupos de sujetos que presentaban diferentes enfermedades psicosomáticas, en cuanto a los sucesos de vida experimentados. Por otra parte, no se encontraron diferencias en relación al sexo entre los participantes de la muestra clínica.

INTRODUCCIÓN

En nuestros días, las situaciones que antes podían parecer tan simples como levantarse temprano, transportarse del hogar al trabajo, realizar diversas actividades laborales, así como las dificultades a las que nos enfrentamos diariamente, se han vuelto situaciones que implican preocupaciones y responsabilidades estresantes para cada uno de nosotros. Esto es debido a la tensión que nos produce, la cantidad de tareas que debemos realizar, así como la presión de organización y tiempo que implican. Todo esto aunado a que debemos cumplir con dichas tareas a la par de otras miles de personas que intentan cumplir con las suyas. Aunque estas situaciones ya son cotidianas para nosotros y muchas veces estamos acostumbrados a lidiar con ellas, nos demandan cierto nivel de desempeño, que trae consigo situaciones estresantes y muchas veces nos acarrearán una serie de problemas, afectando tanto nuestra salud mental como física, así como nuestro desempeño en la esfera social. Pero tampoco podemos olvidar que también existen situaciones no cotidianas, a las que no estamos acostumbrados; como pueden ser la muerte de un pariente, un divorcio o la pérdida del empleo. Estas situaciones nos pueden tomar por sorpresa y afectarnos en mayor o menor grado, dependiendo de las características de afrontamiento con las que cuenta cada individuo. Es así como cotidianamente atravesamos por una serie de sucesos que impactan de diferente forma, el curso de nuestras vidas.

Por otra parte, todos los días experimentamos situaciones que nos provocan sentimientos, emociones o incluso estados físicos relacionados con el estrés. Desde el darnos cuenta de repente, que nos encontramos en medio del tráfico con dolor de cabeza, malhumorados y gritándole a la

persona que está en el carro de junto, hasta la terrible sensación de fatiga física que nos han causado la cantidad de presiones vividas durante la semana.

También es cierto que cada individuo reacciona de manera diferente ante el estrés; aunque un grupo de gente estuviera expuesta a la misma situación estresante durante el mismo periodo de tiempo, la respuesta de los sujetos no sería igual. Es decir, cada situación tiene diferente impacto en cada uno de nosotros de acuerdo a las características con las que cuenta cada persona. Esto se relaciona con las diferencias en la valoración del impacto que cada sujeto hace de la situación que le ocurrió. Esto es, si el sujeto percibió el hecho como negativo, positivo o tal vez indiferente, y una explicación de esto es la concepción de que el estrés es un fenómeno subjetivo más que objetivo (Lazarus, 1991).

Dado que no podemos generalizar que ciertas situaciones nos afectan a todos de igual manera, incluso saber si un hecho determinado afecta o no a todas las personas, surge la necesidad de contar con herramientas que nos permitan medir y detectar fácilmente el impacto de los sucesos estresantes de manera individual. Y que a la vez nos de una oportunidad para detectar factores riesgo o "La conformación de cierto tipo de comportamientos humanos que se manifiestan de manera voluntaria con resultados indefinidos y que tienen alta probabilidad de provocar consecuencias negativas en lo referente a la salud desde una perspectiva personal-subjetiva..." (Lucio, Durán, Barcelata, 2000) que predispongan al individuo a tener problemas en un futuro en algún área de su vida, como consecuencia de la experiencia de sucesos perturbadores en el pasado.

Es así como surge la inquietud por utilizar un instrumento como es el cuestionario de *Sucesos de Vida para Adultos*, el cual sirve para detectar ciertos acontecimientos estresantes en los sujetos, que pueden desencadenar problemas posteriores, además de servir como un instrumento de prevención de problemas en diferentes áreas en la vida del individuo con base en la detección de factores de riesgo. Para esto, se trabajó con una muestra clínica compuesta de sujetos que padecían alguna enfermedad psicosomática (Dermatitis, Lupus y Colon Irritable) y una muestra normal compuesta con sujetos que no padecían dichas enfermedades. La detección de los factores de riesgo se hizo por medio de una serie de reactivos a los que el individuo contestó si le ocurrieron o no. Originalmente el individuo puede realizar una evaluación del impacto que los sucesos tuvieron en él, es decir, responde en el cuestionario si tal hecho fue negativo, positivo o indiferente de acuerdo a la percepción del sujeto, sin embargo para fines de este estudio, solamente se trabajó con la *presencia/ausencia* de dichos sucesos y no con la percepción cognoscitiva que el sujeto tiene de ellos. Es así, como el instrumento nos brindó información importante para analizar el impacto que diferentes sucesos tuvieron sobre las personas con base en las respuestas que ellos mismos nos proporcionaron.

El objetivo general de este trabajo fue Identificar por medio del Cuestionario Sucesos de Vida, la presencia de sucesos estresantes en los sujetos que pudieran predisponerlos a presentar algún tipo de enfermedad psicosomática, como consecuencia de haber experimentado dichos sucesos. Específicamente, se trató de encontrar, un mayor número de Sucesos Estresantes en un grupo de personas adultas con enfermedades psicosomáticas que en otro grupo de sujetos que no presentó dichas

enfermedades. Encontrándose efectivamente, que la muestra clínica tuvo un mayor número de sucesos de vida estresantes que la muestra normal, basados en una diferencia estadísticamente significativa. Así también, se trató de comparar los sucesos que presentaron los tres grupos de enfermedades psicosomáticas (Dermatitis, Colon Irritable y Lupus), que componían la muestra clínica, observándose diferencias significativas en las medias obtenidas por cada grupo de sujetos con distintos trastornos. Finalmente se intentó encontrar diferencias en la muestra clínica entre sexos pero los resultados no fueron significativos.

Las diferencias encontradas entre las muestras mencionadas anteriormente, permitieron identificar que existe una relación importante en el número de sucesos ocurridos y el desarrollo de enfermedades psicosomáticas. Así también, encontrar que entre los mismos trastornos también hay diferencias importantes en el número de sucesos de vida, nos habla de casos y situaciones alrededor de los cuales se puede desarrollar un trastorno específico. Lo que abre la posibilidad de encontrar características comunes entre la población que presenta enfermedades psicosomáticas, (como un alto número de sucesos estresantes), lo que puede servirnos como indicadores de riesgo para prevenir problemas posteriores en la salud. Sin embargo, el trabajo es arduo y tendrían que analizarse otros aspectos relacionados con el contexto, la forma de afrontamiento de los sujetos, los recursos con que cuenta el individuo, diferencias culturales entre sexo y otras situaciones que marcan una diferencia entre los grupos de personas con diferentes enfermedades, incluso entre un individuo y otro, haciéndolos responder de diversas formas a las situaciones que enfrentan cotidianamente.

CAPÍTULO I

EDAD ADULTA

Significado de la Edad Adulta

Aunque un niño pueda pensar que ser adulto significa tener privilegios especiales como permanecer despierto hasta tarde o no tener que ir a la escuela, o que un adolescente diga que ser adulto es poder vivir solo y liberarse del control de los padres, incluso que un mismo adulto diga que serlo, significa asumir responsabilidades y tener independencia financiera, el significado de la vida adulta es principalmente social, aunque F. Philip Rice, en 1997 menciona además de esta, otras áreas citadas a continuación:

Social. Una persona no puede declararse adulto, si no es percibido como tal (Rice, 1997). Esta percepción se refiere a reflejar una persona racional, responsable, confiable y disciplinada, entre otras cosas.

Biológica. Sin embargo también lo biológico, nos ayuda a definir al adulto. Según la dimensión biológica, un adulto es aquel que ha alcanzado su tamaño y fuerza plenas, una persona totalmente desarrollada. Esta definición implica madurez biológica, como alcanzar los límites del desarrollo físico y la capacidad reproductiva. Pero esta definición por sí sola

es inadecuada, ya que aunque alguna persona alcanzara la madurez física, puede seguir comportándose de manera infantil y dependiente, así que hay que tomar en cuenta otros aspectos del individuo (Rice, 1997).

Emocional. Ser adulto, también incluye madurez emocional, implica un alto grado de estabilidad emocional, incluyendo un buen control de impulsos, una elevada tolerancia a la frustración y la libertad de oscilaciones violentas del estado de ánimo. Otro requisito de la vida adulta es romper los vínculos de dependencia infantil de los padres y funcionar de manera autónoma (Rice, 1997).

Una parte importante del proceso de convertirse en adulto es la socialización que le acompaña. La socialización consiste en aprender y adoptar las normas, valores, expectativas y roles sociales requeridos por un grupo particular. Es el proceso que prepara a una persona para vivir en compañía de los demás (Rice, 1997).

Parte de la socialización es anticipatoria. Consiste en preparar a la gente para realizar ciertas tareas; un ejemplo de eso es la educación para una profesión específica. En otras ocasiones se requiere de un nuevo aprendizaje no solo en niños y adolescentes incluso en los mismos adultos, particularmente en períodos de transición y preparación para nuevas experiencias (Rice, 1997).

Aunque el transcurso de los años y el cambio en nuestras mentes y cuerpos a través de diversas etapas de nuestra vida, es un fenómeno

inherente a todos los seres humanos, existen diferencias en los cambios que el individuo va a presentar en su pensamiento, conducta y personalidad. El momento en que los acontecimientos sociales ocurren y la forma en que cada persona reacciona a esos sucesos, varía según cada persona y según las exigencias y restricciones de su cultura. Además de las diferencias culturales, también se dice que la clase social establece la edad en que se llegará a la madurez; es decir, entre más elevada, más factible es el lujo de demorar el paso al siguiente período (Naugarten y Moore, 1968, cit. en Craig, 1997).

La madurez es una etapa del desarrollo en que hay que tomar decisiones y resolver problemas, tener cierta habilidad para responder al cambio y adaptarse con éxito a las nuevas condiciones. Ahora, la solución favorable de las contradicciones y dificultades es la base de la actividad adulta (Datan y Ginsberg, 1975 cit. en Craig, 1997).

Características del Pensamiento en la Edad Adulta

El "Compromiso y responsabilidad" han sido tomados como señales de la madurez cognoscitiva (Gisela Labouvie-Vief, 1984 cit. en Craig, 1997). Para Labouvie-Vief, el curso del desarrollo cognoscitivo incluye tanto la evolución de la lógica (como la describió Piaget) como la de la autorregulación desde la niñez hasta bien entrada la adultez. Reconoce que la lógica puede llegar a su etapa final en la adolescencia, con la aparición del pensamiento operacional formal. La autora además describe un proceso de evolución por el que los adultos se vuelven autónomos y capaces de

manejar las contradicciones así como ambigüedades de sus experiencias en la vida. Para ella, la madurez cognoscitiva del adulto está marcada por la adquisición de habilidades de toma autónoma de decisiones.(Labouvie-Vief, 1987, cit. en Craig, 1997).

Sin embargo, para una toma adecuada de decisiones, también es importante la salud mental, esto es, estar emocionalmente estables, lo que a su vez nos ayudará a afrontar los hechos estresantes de la vida de la mejor manera. Existe una relación positiva entre la salud mental y la capacidad cognoscitiva. Kleban y sus colaboradores en 1976, encontraron que en comparación con los sujetos que muestran deterioro en los niveles de funcionamiento, los sujetos estables podían comprender mejor su situación (estaban más alertas, mostraban mayor coherencia, mejor verbalización y mejor memoria) exhibían mayor respuesta social, manifestaban menos condiciones neuróticas y tenían mayor control sobre impulsos y agresión (Kleban, 1976, cit. en Rice, 1997).

Retos y Responsabilidades de los Adultos

Los adultos presentan una serie de retos y tareas del desarrollo, si estos retos son satisfechos y los conflictos resueltos, puede ser un periodo de continuación del crecimiento, satisfacción personal y felicidad, sin embargo si estas tareas no son cumplidas, el periodo puede ser de estancamiento y de desilusión creciente (Erikson, 1959, cit. en Rice, 1997).

Entre los retos que debe enfrentar un adulto es el ajustarse a los cambios físicos de la edad, como cansarse más rápido, no tener las mismas

capacidades y habilidades de antes dependiendo de la edad, es decir la disminución de la condición física en general, así como cambios mayores como la menopausia o andropausia en la vejez. Estos cambios hacen necesarios que se realicen ajustes psicológicos en el estilo de vida y hábitos con el fin de mantenerse saludable.

También se encuentra dentro de los retos que enfrenta el adulto, el encontrar satisfacción y éxito en el trabajo profesional, puede ser que un adulto alcance todas sus expectativas a temprana edad o puede ser que le cueste más trabajo y tiempo del que pensaba así también la edad adulta puede ser una etapa de expectativas insatisfechas, lo que constituye una reconstrucción de sueños en términos de nuevas direcciones o localizaciones en sus ocupaciones actuales, o en términos de una carrera totalmente diferente.

Además de asumir la responsabilidad cívica y social de los adultos, llevar a los hijos a una vida adulta y feliz o reorientar su atención a los padres que envejecen, se encuentra el desarrollar redes sociales y actividades para disfrutar el tiempo libre y encontrar un nuevo significado a la vida. Esto último, relacionado con un periodo de introspección en los que se examinan los sentimientos, actitudes, valores y metas propios. Existe la necesidad de volver a definir la propia identidad y de responder a preguntas como ¿quién soy?, ¿a dónde voy?. Por lo que estos años, pueden ser un tiempo de rejuvenecimiento del yo y de enriquecimiento de la propia juventud (Erikson, 1959, cit. en Rice, 1997).

Afrontamiento de los Hechos de la Vida

La respuesta del individuo adulto ante hechos claves de la vida como el embarazo, la pérdida del empleo o hasta la muerte de un pariente, depende de diversos factores internos y externos de los individuos, mientras los mismos hechos de la vida pueden retar y llenar de energía a una persona de modo que alcance nuevos logros y conocimiento de ella misma, significan el fracaso y desilusión para otra persona (Craig, 1997). Dichos factores ejemplificados, son:

- Salud física. El tener una buena condición física ayuda a manejar el estrés, los hechos imprevistos como un despido y la fatiga que implica el encontrar un nuevo trabajo.
- Recursos físicos y económicos. Un suceso como quedar sin empleo puede producir más estrés entre quienes carecen de recursos financieros que entre quienes pueden pagar sus cuentas mientras buscan trabajo. Cuando no se tienen recursos, la situación aumenta el estrés de estar desempleado.
- Habilidades específicas. Es más probable que los que posean habilidades laborales vendibles tengan menos dificultades para hallar una nueva colocación que los que no.

- Apoyo social. El individuo rodeado por una familia que lo ama y lo apoya suele enfrentar mejor la pérdida del trabajo que el que está solo o cuyas relaciones son problemáticas.
- Comprensión de los acontecimientos. La capacidad de entender las razones detrás de la pérdida del empleo (reorganización de la empresa, mal desempeño, choque de personalidades) ayuda manejar la situación.
- Anticipación y preparación para el suceso. Quien analiza los hechos por los que atraviesa y puede prever situaciones futuras, pueden tener mayores opciones ante un evento dado que aquél que no goza de la habilidad de anticipación.
- Factores de personalidad. Rasgos personales como la flexibilidad, fortaleza y el estar abierto a las experiencias preparan al sujeto para manejar las presiones de encontrar por ejemplo, un nuevo trabajo.
- Historia personal. Quienes antes han perdido un puesto o han pasado por una temporada de desempleo reaccionarán de forma diferente a quienes nunca han sufrido dicha experiencia y tendrán más opciones de acuerdo a lo que les ha funcionado anteriormente.

ESTRÉS

Definición

El término estrés, fue utilizado desde el siglo XVI para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción (Lumsden, 1981, cit. en Lazarus, 1986). Pero es Walter Cannon, (Cannon, 1932, cit. en Lazarus, 1986) quien habla de la homeostasis como: "La tendencia de los organismos a restablecer un equilibrio una vez más que éste ha sido alterado por factores que suscitan cambios en su medio interno". Así, consideró al estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de la glucemia, etc. Además dio a entender que el grado de estrés podía medirse.

En 1936, Hans Selye (Selye, 1936, cit. en Lazarus, 1986) utiliza el término estrés definiéndolo como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las amenazas psicológicas); una reacción que él llamó *Síndrome General de Adaptación*. El estrés no era una demanda ambiental, sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda.

Wolff, H. (Wolf, 1953, cit. en Lazarus, 1986)), considera al estrés como un estado dinámico del organismo, como resultado de la interacción del organismo con estímulos nocivos, no lo maneja como una forma de ataque o como un estímulo de ninguna clase.

Los sociólogos consideran que tumultos, pánicos y otros trastornos sociales como el suicidio y el crimen, son consecuencia del estrés a nivel social; se refieren más bien a fenómenos de grupo que a un fenómeno a nivel psicológico individual, por otro lado, en la vertiente psicológica, el estrés se manejó en un principio bajo el término de ansiedad.

Fue Freud quien dio a la ansiedad un papel central en psicopatología, diciendo que el bloqueo o retraso en la descarga instintiva o en la gratificación se traduce en una sintomatología determinada. En formulaciones freudianas posteriores, la *ansiedad* secundaria a conflictos sirvió como señal de peligro para poner en marcha los mecanismos de defensa, entendidas como formas insatisfactorias de afrontamiento que producían modelos de sintomatología cuyas características dependían del tipo de defensa.

Freud habló de tres tipos de ansiedades: la primera es la ansiedad de realidad, la cual puede llamarse en términos coloquiales como miedo. De hecho, Freud habló específicamente de la palabra miedo, pero sus traductores consideraron la palabra como muy mundana. Podríamos entonces decir que si uno está en un pozo lleno de serpientes venenosas, uno experimentará una ansiedad de realidad.

La segunda es la ansiedad moral y se refiere a lo que sentimos cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado del Superyo. Es otra terminología para hablar de la culpa, vergüenza y el miedo al castigo.

La última es la ansiedad neurótica. Esta consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello. Si en alguna ocasión usted ha sentido como si fuésemos a perder el control, su raciocinio o incluso su mente, está experimentando este tipo de ansiedad. "Neurótico" es la traducción literal del latín que significa nervioso, por tanto podríamos llamar a este tipo de ansiedad, ansiedad nerviosa. Es este el tipo de ansiedad que más interesó a Freud y nosotros le llamamos simple y llanamente ansiedad (Boeree, 1999).

Toda histeria es el resultado de una experiencia traumática que no puede aceptarse en los valores y comprensión del mundo de una persona. Las emociones asociadas al trauma no se expresan de manera directa, simplemente se evaporan: se expresan a través de la conducta de forma vaga, imprecisa. Por decirlo de otra manera, estos síntomas tienen significado. Cuando el paciente puede llegar a comprender el origen de sus síntomas (a través de la hipnosis, por ejemplo), entonces se liberan las emociones reprimidas por lo que no necesitan expresarse a través de ellos. Es similar a drenar una infección local.

Las investigaciones empíricas sobre ansiedad, recibieron un impulso a principios de los años cincuenta con la publicación de una escala para la medición de la ansiedad como rasgo (Taylor, 1953, cit. en Lazarus, 1986). La escala generó una enorme cantidad de investigaciones sobre el papel de la ansiedad en el aprendizaje, la memorización, la percepción y el rendimiento.

La segunda guerra mundial tuvo un efecto movilizador en las teorías sobre el estrés. Una de las primeras aplicaciones psicológicas del término están en el libro *Men Under Stress* (Grinker y Spiegel, 1945, cit. en Lazarus, 1986). Donde les interesaba saber el efecto del estrés sobre el rendimiento en el combate y algunos de los hallazgos estuvieron relacionados a la aparición de problemas de tipo neurótico o psicótico en los soldados sometidos al ataque enemigo.

Hasta la fecha, los efectos del estrés sobre el rendimiento del individuo no han sido abandonados como objeto de estudio de investigación. Por otra parte, la *medicina psicosomática*, que apareció hace cincuenta años (Lipowski, 1977, cit. en Lazarus, 1986) y estudiaba los efectos del estrés sobre la salud del individuo, sufrió una crisis donde la gente no creía en las explicaciones derivadas de la teoría porque no explicaba con suficientes datos varios tipos de enfermedad, tales como úlceras y colitis. Entonces se decidió utilizar formulaciones psicodinámicas para identificar desde una "personalidad ulcerosa" hasta una "personalidad colítica", (Alexander, 1950, cit. en Lazarus, 1986) sin embargo, estos conceptos psicoanalíticos tradicionales han perdido fuerza y se ha dado mayor importancia al papel de los factores ambientales en la aparición de la enfermedad. La contribución de Selye es trascendental respecto a esta visión, ya que apoya la idea de que los factores sociales y psicológicos son importantes en la salud y en la enfermedad. Sugiere que el estrés sea tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. Sin embargo, hay una definición que lo conceptualiza como un estímulo.

Los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente como acontecimientos con los que tropieza el sujeto. Lazarus y Cohen (Lazarus y Cohen, 1977, cit. en Lazarus, 1986) hablan de tres tipos de acontecimientos relacionados con esta definición: cambios mayores (a menudo se refieren a cataclismos y afectan aun gran número de personas, como los desastres naturales, las guerras y encarcelamiento), cambios mayores que afectan sólo a una persona o a unas pocas y en tercer lugar, los sucesos diarios.

Es también posible identificar ciertas características formales de situaciones que podrían afectar su capacidad estresante. (Mahl, 1949, cit. en Lazarus, 1986) hace distinción entre demandas crónicas y agudas en su observación de que el aumento de la secreción gástrica se produce sólo en el estado del estrés crónico. Existe todavía una propuesta de clasificación formal realizada por el cuadro médico del Psychosocial Assets and Modifiers of Stress in the Institute of Medicine, publicada en Stress and Human Health (Elliot y Eisdorfer, 1982, cit. en Lazarus, 1986) donde se proponen cuatro tipos de estresantes:

1. *Estresantes agudos*. Limitados en el tiempo; tales como hacer un salto en paracaídas, esperar una intervención quirúrgica o tener un encuentro con una serpiente cascabel.
2. *Secuencias estresantes* o series de acontecimientos que ocurren durante un periodo prolongado de tiempo como resultado de un acontecimiento inicial desencadenante. Tal como la pérdida del puesto de trabajo, el divorcio o el fallecimiento de un familiar.

3. *Estresantes crónicos intermitentes.* Tales como visitas conflictivas a parientes políticos o problemas sexuales; éstos ocurren una vez al día, una vez a la semana o al mes.

4. *Estresantes crónicos.* Tales como incapacidades permanentes, riñas entre los padres o estrés de origen laboral crónico, los cuales pueden haberse iniciado o no por un acontecimiento discreto que persiste durante mucho tiempo.

En estas definiciones hay ciertas situaciones susceptibles de provocar estrés, es por ello que debemos tomar en cuenta para hablar de estrés, que existen diferencias individuales a la vulnerabilidad a tales estímulos, así también, que es necesaria la existencia de diversos factores en el individuo y en el entorno, así como una determinada combinación de ellos para la aparición del estrés (Lazarus, y Folkman, 1986).

Según el DSM-IV, su definición se relaciona con "*ansiedad*" ya que, como se ha mencionado anteriormente, el termino *ansiedad* era utilizado antes de utilizar el termino *estrés*, es por ello que es importante revisar la definición que aparece en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) con el fin de completar las definiciones anteriores y dando una idea más clara de la relación y consecuencias físicas que trae consigo un problema como el estrés: En esta definición se dice que el trastorno de ansiedad generalizada (ansiedad y preocupación excesivas que se observan durante un periodo superior a 6 meses, centrados en una amplia gamma de acontecimientos), por mencionar una

de las clasificaciones de la ansiedad en general, se acompaña por lo menos de tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular (a la que puede añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimientos musculares) y trastornos del sueño (Pichot y Valdéz, 1995).

También es Lazarus el que habla de una evaluación de los acontecimientos y de la situación en términos de su significado para el bienestar personal. Los organismos perciben de manera idiosincrásica y se sienten amenazados de forma desigual, al margen de estas diferencias basales o evaluación primaria, el sujeto evalúa sus recursos y opciones para responder y adaptarse cuando percibe en su entorno algún estímulo o situación amenazadora (evaluación secundaria. (Lazarus, 1996 cit. en Valdés, 1990).

Así se acepta que el estrés tiene lugar cuando una estimulación o cognición amenazadora incrementa la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla (Levi, 1971, cit. en Valdés, 1990).

Se dice que el estrés es un proceso determinado por evaluaciones subjetivas ya que la conducta y sus efectos, de acuerdo a diferentes modelos, están determinados por cogniciones, hipótesis y creencias, lo que empuja al empleo de variables cognitivas y por tanto, a la conceptualización del estrés como proceso dependiente de los significados para el sujeto (Lazarus, 1966 cit. en Valdés, 1990).

Estrés y Contexto Social

En los años 60's, había muy poca investigación relacionada con las causas del estrés. Pero ahora sabemos que el control eventual de las enfermedades causadas por el estrés, depende de la comprensión de la etiología del estrés y por supuesto, las causas sociales del mismo, desde una perspectiva de salud pública (Pearlin, cit en Goldberg, 1993). El origen social del estrés es un área de investigación que ha estimulado el interés de los investigadores. Alumnos que estén en constante búsqueda de satisfacer requerimientos (Mechanic, 1972) así como los controladores del tráfico aéreo (Rose, Hurst & Kreger, 1978) son un ejemplo de grupos que tienen grandes fuentes de estrés y que pueden tener consecuencias observables.

Debe ser recalcado que las perspectivas sociales del proceso del estrés se refuerzan debido al hecho de que diferentes personas experimentan similares condiciones de vida y sin embargo, no son necesariamente afectadas de la misma forma. Algunas personas pueden sentirse estresadas bajo ciertas condiciones y otras no. (Pearlin 1982, cit. en Goldberg, 1993).

Algo muy importantes es que los repertorios para hacer frente a las situaciones estresantes por parte de los individuos parecen ser sociales y se aprenden de los grupos a los que pertenecen. Esto se refiere a la forma en que la gente evita o remedia situaciones dolorosas, las conductas cognitivas y preceptuales que ellos usan para reducir el riesgo y sus técnicas de manejo de tensiones. (Pearlin, 1980 cit. en Goldberg, 1993).

Pearlin, Lieberman, Managhan y Mullan en 1981, dicen que el estrés es una respuesta del organismo ante una condición estresante o riesgosa y que sus manifestaciones son encontradas a cualquier nivel de funcionamiento del organismo, desde el microbiológico hasta el emocional, el estrés puede ser tanto una respuesta que aparece lentamente durante un largo periodo de tiempo o puede presentarse abruptamente debido a una situación en especial, pero desarrollarse y prevalecer a través del tiempo.

Contribuciones Sociales al Estrés Personal

Las fuentes del estrés se dan desde los contextos más inmediatos hasta los límites más lejanos de sociedades y culturas, ya que no solo somos individuos sino también parte de una organización social a gran escala, es decir vivimos y tenemos nuestras propias experiencias y además interactuamos con otras personas dentro de la sociedad. Pearlin menciona las condiciones diarias a las que se enfrenta un individuo miembro de la sociedad y encuentra que estas condiciones contribuyen al estrés personal y residen dentro del contexto institucional como son los sistemas de estratificación en los cuales estamos, es decir a qué grupos pertenecemos, por ejemplo, pertenecer a la clase social baja puede ser un estresante debido a la carencia de recursos que esto conlleva o en el caso contrario pertenecer a la clase alta trae consigo una presión social de permanecer en éste nivel. Por otra parte Pearlin menciona los roles que desempeñamos tanto en el trabajo, como la familia y otros lugares donde interactuamos con personas, además de mencionar que se aúnan a todas estas fuentes de

estrés, las que provienen de la experiencia individual que tienen los sujetos de su participación y desempeño en todos estos roles.

La Sociedad como Estresor

La literatura de las ciencias sociales revela un interés en ciertas características de la sociedad que tienen el potencial de aumentar el estrés. Un aspecto se relaciona a las creencias, preceptos, metas y aspiraciones de los sujetos. Otro aspecto tiene que ver con un mal ajuste estructural y cultural relacionado con los rápidos cambios sociales.

Muchos estudios han visto a la sociedad y cultura como una fuente de estrés personal y de mala integración. Particularmente los antropólogos han sido muy sensibles a las incongruencias entre lo *real* y lo *ideal*. Cuando un individuo internaliza tanto los valores idealizados como las discrepantes normas para regular acciones, se ve en un conflicto dañino para su bienestar. Merton en 1957 sugiere que el sistema de valores estimula motivaciones encaminadas al éxito monetario y recibimiento de honores, entre más gente de la que la estructura de oportunidades permite para que obtengan lo que buscan, esto es, mucha gente tiene las mismas metas, pero no hay suficientes oportunidades para todos. Por lo tanto muchos de los que internalizan las metas de éxito y superación están destinados al fracaso. (Merton, 1957, cit. en Goldberg, 1993).

Es así como el fracaso se convierte en una consecuencia de la incongruencia entre lo ideal y lo real y una causa de estrés para el individuo. Merton dice que la sociedad es un estresor no por enseñar y desarrollar

valores que los sujetos no quieren o con los que no estén de acuerdo, sino por estimular valores diferentes a los que se pueden alcanzar debido a la conformación de la estructura donde se desarrolla el individuo.

Estrés y Cambio

Las condiciones estresantes son especialmente probables cuando ocurren cambios sociales abruptos. Un cambio a gran escala puede acarrear otro tipo de problemas, la gente puede ser dañada físicamente, experimentar debilidad o ataduras sociales o sensación de destrucción, o ser orillada a vivir en una cultura diferente a la suya. Además cuando una población experimenta cambios sociales encaminados a la industrialización, la gente obviamente tiene que dejar de hacer sus actividades económicas a las que estaba acostumbrada y tiene que adaptarse al cambio y establecer arreglos entre amigos o familiares con el fin de salir del apuro inmediato, mismos que suelen disolverse y traer consecuencias mayores. Usualmente, también se tienen que entrenar nuevas habilidades con el fin de prepararse para los cambios ocupacionales que se dieron. Es debido a esto que los cambios en la sociedad han sido motivo de estudio para los investigadores del estrés (Goldberg, 1993).

Por otra parte, Marris (Marris, 1974 cit. en Goldberg, 1993) habla de los mecanismos a través de los cuales el Cambio Social daña el bienestar de la gente y dice que el estrés no es tan sencillamente una consecuencia del conflicto cultural y de la desorganización social. Existen una serie de efectos que el cambio trae consigo. Marris argumenta que el cambio puede dejar en la gente una sensación de pérdida de control sobre sus propios

destinos y su futuro; el cambio puede modificar las ideas y creencias por las que la gente interpreta y deriva un significado de las experiencias y puede engendrar un profundo sentimiento de pérdida del pasado y abandono de personas en un estado lamentable. Entonces, la conclusión es que los efectos adversos del cambio, no resultan del desajuste a la estabilidad anterior, sino que son resultados de una serie de pérdidas producidas por el cambio.

Perlin, menciona que aunque la desorganización social y el cambio, inevitablemente se traduzcan en estrés, existen ciertas condiciones que pueden neutralizar los efectos de las diversas presiones sociales que puedan existir. Aunque muy poca investigación se ha dedicado a éstas condiciones es posible sugerir algunas de ellas: Una de ellas es que, en la medida en que los valores internalizados se organicen alrededor de los roles que jugamos en la sociedad, la segregación de roles en el tiempo y espacio, hace capaces a las personas de confrontar valores incompatibles. Por ejemplo: un hombre puede ser un investigador y también puede tener una fe en la iglesia muy fuerte, pero tanto como no maneje los preceptos de la iglesia mientras investiga, va a ser más fácil que escape del dilema personal que puede resultar de mezclar dos aspectos diferentes en su vida: el deber de investigar por medio de la comprobación y el tener fe en algo.

Organizaciones Sociales como Estresores

Cualquier sociedad que quiera sobrevivir debe organizar sus actividades y estructurar las relaciones a través de sus miembros. La organización social varía considerablemente si es muy extensa, por

ejemplo a la cual pertenecen poblaciones enteras o si es un poco más limitada, como una élite o grupo social donde los miembros son limitados. Un ejemplo de que dicha organización social puede ser un estresor es que hay suficiente evidencia de que el estrés psicológico aumenta linealmente con el decremento del nivel económico (Pearlin & Radabaugh, 1976) Además de que hay una variedad de indicadores de estrés que muestran que las fluctuaciones económicas tienen poderosos efectos posteriores en funcionamientos psicológico de la población (Brenner, 1973; Catalano & Dooley, 1977, cit. en Goldberg, 1993)

La familia

La familia, institución trascendental para los individuos, tiene muchas funciones en el proceso del estrés. Puede ser un lugar donde se puede expresar y actuar fácilmente las presiones cotidianas. Por ejemplo, el enojo de un trabajador que no está contento con la forma de ser de su jefe, puede desplazarse hacia la reacción de castigo que tiene con sus hijos. Por otra parte, pero de manera similar, un niño que es humillado en la escuela puede mostrarse de alguna manera enojado o rebelde en la mesa a la hora de la cena. Para muchas personas, el hogar no es simplemente el lugar donde pueden mostrar su enojo y frustración sino el único lugar en donde tienen acceso a la aceptación y al apoyo.

El estrés generado en el contexto familiar tiene que ver con la relación padre-hijo así como con la relación marital. La forma en que los padres se relacionan con los niños y como los ayudan a socializar puede ser uno de los primeros conflictos generadores de estrés en la familia debido a que las

concepciones de los padres de los que es "bueno" o "malo" a menudo, son diferentes de las de los hijos. Este aspecto se intensifica durante la adolescencia, entonces los padres suelen llegar a la conclusión de que el curso de desarrollo de sus hijos diverge del que tenían pensado para ellos, una situación estresante, sin duda. (Pearlin, 1980 cit. en Goldberg, 1993).

Estrés psicológico y formas de afrontamiento en adultos mayores

Como se ha mencionado, existen algunas formas para medir el estrés, pero también existen formas para medir la manera en que una persona enfrenta las situaciones estresantes. Las formas de afrontamiento son maneras en que se solucionan los problemas a menudo mediante la anticipación y planeación que prevengan su ocurrencia. En otro nivel de análisis el afrontamiento se refiere a una forma de lidiar con emociones fuertes y está relacionado con características de la personalidad del individuo (Ben-Porath & Tellegen, 1990). Algunas técnicas para ayudar a los individuos a tratar con la ansiedad y el pesar o fracaso, así como el resentimiento, son aspectos fundamentales para los psicoterapeutas e investigadores enfocados en afrontamiento de emociones.

Para ayudar a sobrellevar situaciones estresantes por medio de técnicas de afrontamiento, es importante utilizar herramientas para identificar dichas técnicas como es el instrumento "*Formas de afrontamiento*" o *Ways of coping* (Folkman & Lazarus, 1980), que inicialmente se desarrolló para medir la forma de afrontamiento en una muestra de maduros jóvenes. La mayor limitación de este instrumento es que no hay una forma general de dar un valor a cada reactivo.

Después se creó el inventario de la personalidad NEO, partiendo de que hay características importantes que afectan la percepción del estrés, formas de afrontamientos y respuestas adaptativas y que son relativas a la personalidad. El inventario de la personalidad NEO (Costa & McCrae, 1990) provee de una medida de diferentes dimensiones de la personalidad que tienen los adultos a través de todas las edades (un ejemplo de estas dimensiones es la neurosis).

Diferencias de edad en el Estrés y Afrontamiento

Existen un sinnúmero de estereotipos que dicen que los individuos de mayor edad o los adultos mayores, son mayormente vulnerables al estrés. Sin embargo existen investigaciones que muestran que los individuos cuya edad esta alrededor de 65 años, manejan el estrés tan bien o tan mal como otros adultos con menor edad lo hacen. Las respuestas relacionadas con el estrés están más relacionadas con el apoyo social y rasgos de personalidad como se ha mencionado anteriormente, que con la edad de los sujetos. (Goldberg, 1993)

Es muy común asegurar que los individuos más grandes enfrentan las más difíciles situaciones como son el declive de su salud, el incrementa de discapacidades, el término de características relacionadas con la atracción física, o un hecho tan crítico como superar la muerte del esposo. En esta etapa, existen un gran número de cambios de vida como la jubilación, incluso algunos padres muy grandes empiezan a ser rechazados u olvidados por los hijos (Fiske, 1982 cit en Goldberg, 1993).

En algunas culturas los adultos mayores tienen que enfrentar la estigmatización social que trae consigo el socialmente devaluado estado de ser viejo. Debido a la seriedad de éstos estresores, es importante que recalquemos que aunque los problemas de salud se incrementan comúnmente con la edad, la mayoría de los individuos de alrededor de 65 años, no están incapacitados, solamente un porcentaje menor al 5% requieren institucionalización (Moritz & Ostfeld, 1990 cit en Goldberg, 1993).

Pfeiffer (1977) dice que los adultos mayores tienen una regresión al uso de defensas primitivas e inefectivas, como lo es la ansiedad, depresión, proyección, somatización (Pfeiffer, 1977 cit. en Goldberg, 1993). Sin embargo esto no aplica para todos los adultos sanos ya sean hombres o mujeres mayores, solamente para la minoría de individuos grandes con serios problemas cognitivos. Incluso existe un estudio que muestra que hay diferentes formas de resolver problemas y reducir el estrés que van desde pedir ayuda, hasta tomar un a acción directa o tener un pensamiento positivo y buen sentido del humor ante los problemas. McCrae examinó 28 mecanismos de afrontamiento en tres grupos de edad (jóvenes, adultos y adultos mayores). No encontró diferencias consistentes en el uso de 26 de los 28 mecanismos, en los tres grupos de edad, pero reportó que los adultos y adultos mayores tanto hombres como mujeres, utilizaban menos que los jóvenes formas hostiles de reaccionar o el utilizar la fantasía para escapar. (McCrae, 1982 cit. en Goldberg, 1993).

Estrés y Factores de Riesgo

Como hemos descrito, el ambiente donde se desarrollan los sujetos es trascendental para su salud, ya que existen un gran número de factores que pueden fungir como estresantes en la vida del sujeto y convertir el lugar diario de trabajo en un foco de factores de riesgo para el individuo. Es tanta la importancia de los factores de riesgo que se han elaborado estudios con el fin de identificar factores presentes en el trabajo, que podrían dar lugar a respuestas adversas en la salud, como la carga de trabajo, el horario, estresores propios del puesto que desempeñan los sujetos, factores de seguridad en el trabajo, relaciones interpersonales y contenido de trabajo (Sagrestano, 2004). De manera que al explorar la influencia de los factores social, físico y medioambiental en el lugar de trabajo, que podrían estar relacionados con respuestas adversas en la salud se da importancia no solamente al problema de salud específico, sino que este estudio es un claro antecedente del estudio de condiciones previas al problema de salud que se presente en un momento dado.

Existen también estudios relacionados con factores de riesgo importantes en el desarrollo de ansiedad en un trastorno de Estrés Postraumático. En el reconocimiento de estos factores de riesgo para el desarrollo e identificación de signos tempranos de la ansiedad. En este estudio también se discuten intervenciones preventivas que incluyen el tratamiento de enfermedades psiquiátricas, desarrollar la capacidad de resolución de problemas, facilitando la expresión de reacciones de aflicción y lamentación, reduciendo estrés, acrecentar el control personal,

incrementando el soporte social además de educar pacientes, familiares y a los demás para lidiar con el estrés. (Van Zelst, et al. 2002).

Estrés y Diferencias Entre Géneros

El hombre ha conocido siempre la existencia de diferencias entre sus semejantes. Ha sostenido varias teorías, creencias o supersticiones relativas a las causas de tales diferencias, y las ha interpretado de formas distintas, de acuerdo con su propio fondo tradicional. Cabe afirmar también que varios rasgos psicológicos, que comprenden las aptitudes y las características de personalidad, arrojan diferencias medias significativas entre uno y otro sexo. Lo que es bien cierto, es que se dispone de un volumen de datos sobre las diferencias entre ambos sexos que debe considerarse como puramente descriptivo. Se tienen conocimientos acerca de las diferencias de conducta entre hombres y mujeres dentro de una cultura particular y en un momento dado. Pero todavía sabemos muy poco respecto al origen de tales diferencias. A pesar de ello, los datos procedentes de diversas fuentes empiezan a proporcionarnos un cuadro de la actuación de los factores biológicos y culturales en el desarrollo de diferencias de conducta entre hombres y mujeres Anastasi (1961).

Factores biológicos y culturales

A medida que examinemos las diferencias sexuales más importantes en aptitudes y rasgos de personalidad, nos podemos preguntar el origen de tales diferencias. Sabemos por otra parte que los sexos difieren biológicamente en muchos aspectos. Y al menos algunas de estas

diferencias físicas se reflejarán en diferencias psicológicas, bien directamente o mediante efectos somatopsicológicos indirectos. Asimismo, sabemos que en la mayoría las culturas proporcionan distintos ambientes psicológicos a los dos sexos, y estas diferencias ambientales pueden interactuar de varios modos con las biológicas Anastasi (1961).

Influencia de las diferencias biológicas. Los distintos papeles que los machos y hembras desempeñan en la función reproductora pueden conducir a algunas otras diferencias sexuales en el desarrollo emocional, funcionamiento intelectual y rendimiento. En el psicoanálisis se ha hecho hincapié en las diferencias, considerándolas la base de amplias divergencias en el funcionamiento psicológico en casi todas las fases de la vida. Otra diferencia importante puede estar ligada al a influencia de hormonas sexuales.

Por otro lado existe la aceleración del desarrollo en el sexo femenino, ya que la mujer no solo alcanza más pronto la madurez física, sino que, durante la niñez, se encuentra también más avanzada hacia su estado adulto. Estudios trasversales y longitudinales han demostrado que en todas las edades investigadas, las niñas han alcanzado un porcentaje mayor que los niños en cuanto a la estatura y peso que han de tener como adultos. Estas diferencias físicas pueden desempeñar una parte importante en las diferencias sexuales, en cuanto a actividades de juego, intereses y rendimiento en varios campos de trabajo Anastasi (1961).

Probablemente, los efectos en las diferencias sexuales en la proporción del desarrollo varían de un rasgo a otro, por ejemplo, la aceleración del desarrollo de las mujeres en la infancia puede ser un factor importante en sus más rápidos progresos en la adquisición del lenguaje y darles un arranque ventajoso en el conjunto del desarrollo verbal. En las características emocionales y de personalidad, el comienzo anterior de la pubertad en las chicas introduce indudablemente un factor incontrolado en las comparaciones de los sexos en ciertas edades. Anastasi (1961).

También se han establecido ciertas diferencias sexuales en cuanto a aptitudes, siempre considerados estos resultados como descriptivos de las diferencias sexuales bajo las condiciones culturales existentes. Dichas diferencias han sido relacionadas con habilidades motoras, procesos de percepción, funciones verbales, memoria y aptitudes espaciales y mecánicas.

Diferencias sexuales en personalidad. Un área importante de la personalidad es la de la *adaptación emocional*, en la que se han encontrado grandes diferencias sexuales. Entre los niños preescolares y de escuela elemental, las chicas tienen más temores y preocupaciones que los chicos y manifiestan más hábitos nerviosos, tales como el de morderse las uñas o chuparse los dedos. (Terman, 1954, cit. en Anastasi, 1961). Por otra parte, los problemas de conducta son más comunes entre los muchachos. Puede que la cantidad total de inestabilidad no sea diferente para los dos sexos en estos niveles de edad. Las chicas, simplemente, recurrirán a modos más suaves, menos violentos de expresar su inadaptación que los muchachos, a causa de las diferencias establecidas entre ambos sexos y las restricciones

socialmente impuestas. En un estudio de California (MacFarlane, 1954 cit. en Anastasi 1961) se hallaron diferencias sexuales significativas en la incidencia de las diferentes clases de problemas de conducta en los niños de tres a trece años. Los chicos exhibían con más frecuencia una gran actividad, una conducta para llamar la atención, celos, espíritu de competición, mentira, egoísmo en el reparto, rabieta y robo. Las chicas eran más inclinadas a chuparse los dedos, guardar excesiva reserva, protestar por la comida, ser tímidas, miedosas, suprasensibles y sombrías, y a tener cambios de humor.

En los inventarios neuróticos no aparecen hasta la adolescencia claras diferencias sexuales en la inestabilidad emocional. Esto quedó corroborado por investigaciones hechas con adaptaciones de la hoja de datos personales de Woodworth (Woodworth Personal Data Sheet), creada para niños y adolescentes (Hartshorne, 1929; Mathews, 1923; Terman, 1925 cit. en Anastasi 1961). A los diez años, los chicos daban una mediana de síntomas neuróticos mayor que sus compañeras en el test de Woodworth-Mathews. Con el aumento de la edad, la mediana del número de síntomas tiende a subir entre las chicas, pero desciende entre los chicos. Pasados los catorce años, la diferencia sexual es significativa estadísticamente y favorece de una manera constante al sexo masculino. Tales datos sugieren obviamente la hipótesis de una diferenciación creciente por obra de las presiones sociales. Entre los grupos de adultos, las diferencias sexuales en los inventarios de adaptación son grandes y constantes; por ejemplo, en el inventario de personalidad de Bernreuter, las universitarias presentan claramente más síntomas neuróticos que sus compañeros. En el mismo inventario los hombres puntuaban claramente como más dominantes, autosuficientes y seguros de sí mismos. Anastasi (1961).

Roles, Género y Estrés

Los cambios que actualmente se han dado tanto en el trabajo como en los patrones familiares, han modificado la forma en que hombres y mujeres conceptualizan los roles maritales y parentales, teniendo como un efecto consecuente, al estrés (Goldberg, 1993). Las expectativas de las esposas relacionadas con compartir cooperar por parte de los esposos ha incrementado, especialmente entre las mujeres que trabajan. Un empleo ofrece a las mujeres casadas oportunidades de tener cierto control que no tienen las mujeres no empleadas. Los ingresos económicos además permiten a la mujer tener influencia en su relación marital y comprar servicios, así como reducir algunas de las responsabilidades de su esposo. Mientras las esposas se vuelven menos dependientes, estos roles llegan a ser menos estresantes. Sin embargo en un corto plazo, nuevos estresores aparecen. Cuando las esposas que trabajan redefinen su participación en la crianza de los niños haciéndola más compartida con el marido, surgen nuevas dificultades maritales. Estas tensiones son sentidas de una forma más grave por las mujeres, que históricamente han sido más vulnerables a la insatisfacción marital. De una forma alternativa, los esposos se sienten traicionados por la independencia económica de sus esposas. Existen estudios que muestran que algunos roles o combinaciones de roles pueden ser menos benéficos que otros. Así como que la relación entre roles y estrés puede ser diferente para hombres y mujeres (Barnett & Baruch, 1985; Baruch & Barnett, 1986^a; Dytell, Pardine & Napoli, 1985 cit. en Goldberg, 1993).

Roles múltiples y estrés

Se ha hablado de que el involucrarse en roles múltiples puede ser benéfico, pero aunque esto pase, no todos los roles tienen efectos positivos de igual manera. Los efectos de una misma combinación de roles será diferente para hombres y mujeres, algunos investigadores argumentan que la combinación de ser trabajador y ser esposo a la vez, tiene efectos más benéficos para hombres que para mujeres (Cleary & mechanic, 1983; Gove & Tudor, 1973 cit. en Goldberg, 1993).

Hipótesis de la escasez

Algunos estudios exploran la relación entre el número de roles que las mujeres juegan y las combinaciones particulares de roles mediante mediciones de autoreportes de felicidad y depresión. Existe la hipótesis de que los roles consumen energía, por lo tanto, entre más roles desempeñe una mujer, menos energía tendrá, así como que experimentará mayor conflicto y se verá afectado su bienestar. Esta hipótesis, fue planteada por Goode en 1960 y posteriormente Coser (1974), la amplió. Esta hipótesis fue desarrollada para referirse a la conducta de los hombres en organizaciones laborales formales. Cuando esto es aplicado a la mujer, se asume que los roles familiares requieren total empeño y energía, si además la mujer entra en el rol de una empleada pagada, rol que la expondrá a demandas fuertes por parte de la organización, entonces la mujer tenderá a debilitarse con el desempeño de ambos roles.

Hipótesis de la Expansión

En los 70's, surgió la hipótesis de la expansión que se enfocaba en las ganancias positivas de jugar roles múltiples. Los teóricos de la época (Marks, 1977; Sieber, 1974), enfatizaban los privilegios más que las obligaciones de tener roles múltiples, argumentando que habían recompensas tales como auto-estima, reconocimiento, prestigio y remuneración económica, en mayor número que costos por sumar roles en la vida de los sujetos. Entonces, para los hombres, los roles múltiples envuelven un bienestar. Gove y Tudor (1973), sugieren que los hombres experimentaban menos síntomas de disfunciones psiquiátricas que las mujeres, debido a que ellos simultáneamente desarrollaban un rol familiar y uno laboral. Autores más recientes (Crosby, 1984; Thoits, 1983; Verbrugge, 1982), han encontrado una asociación positiva entre el número de roles que una persona, ya sea hombre o mujer, juegan y un bienestar psicológico.

Roles centrales para hombres y mujeres

La importancia del trabajo remunerado en la vida de los hombres (Erickson, 1959; Levinson, Darrow, Klein, Levinson&McKee, 1978; Vaillant, 1977 cit. en Goldberg, 1993) es usada por Levinson, et al. para identificar lo que él llamó Etapas de la vida del hombre o "Seasons of a Man's Life", donde distingue una etapa de otra y para identificar el éxito en cada etapa y encuentra que ambos están mayormente ligados a los eventos en el lugar de trabajo. Los hombres juzgaban su éxito o fracaso, es decir, si alcanzaron

sus metas o no, de acuerdo a si lograron alcanzar la posición laboral que deseaban ya que, según ellos, se reafirmaban en su mundo ocupacional y social y ahora ellos eran mejores en ese mundo con todo y las responsabilidades y recompensas que esto traía. Asimismo, el fracaso ocupacional de metas resulta en una sensación de fracaso personal.

Por otro lado las mujeres, en un principio, se pensó que tomaban los roles familiares como los principales. En el trabajo de Erickson "Identity: Young and Crisis" (1968), el matrimonio y la maternidad fueron consideradas cruciales para la plenitud de la identidad femenina. El éxito en el rol de madre y esposa fue considerado como prerrequisito para el bienestar psicológico de las mujeres, esto es que el rol de esposa y madre resultaron menos estresantes que el de empleada (Barnett&Baruch, 1985). Sin embargo, esta visión ha sido cambiada por investigaciones que exploran el impacto del matrimonio y la maternidad en el bienestar de las mujeres. La evidencia ha mostrado que las mujeres que nunca han estado casadas o que duraron poco tiempo casadas (divorciadas, separadas, viudas), no están condenadas a una vida sin identidad. Un gran número de estudios sugieren que las mujeres solteras se encuentran tan bien como sus contrapartes casadas, en muchos aspectos del bienestar psicológico (Baruch & Barnett, 1986^a; Birnbaum, 1975; Gigy, 1980; Sears & Barbee, 1977).

Finalmente, Goldberg afirma que el concepto de "Roles centrales para el bienestar psicológico" es inválido, ya que tanto los roles familiares para el hombre como los laborales para las mujeres, son centrales para el bienestar psicológico de ambos. (Goldberg, 1993).

TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

Definición

Se da el nombre de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos a los síntomas físicos que no proceden de una causa orgánica obvia y en los que la tensión emocional desempeña una función de primer orden. La palabra "psicosomático" proviene de dos vocablos griegos: Psique (alma) y soma (cuerpo). Los trastornos psicofisiológicos son implicaciones emocionales de órganos y vísceras frecuentemente bajo el control del sistema neurovegetativo y los síntomas son primordialmente fisiológicos, donde la ansiedad no se alivia (Salomón, 1976, cit. Lloyd y Samuel, 1988).

Desarrollo Histórico

En un principio, las investigaciones no distinguían entre reacciones psicosomáticas y reacciones histéricas. Cannon, presentó evidencia funcional de su hipótesis "luchar o huir", exponiendo el papel de la epinefrina sobre el cuerpo (Cannon, 1950, cit. en De La Fuente, 1959). Deutsch, pensó que en una edad temprana, un órgano específico podía ser sensibilizado por un traumatismo y su reacción emotiva acompañante. Así la unidad psicosomática creada se hallaba disponible posteriormente para responder a varios conflictos psíquicos (Deutsch, 1944, cit. De La Fuente, 1959).

Dunbar, (1942-1946) (Dunbar, cit. en De La Fuente, 1959) habla de un perfil de personalidad con carácter hipertenso y personalidad ulcerosa, donde describía las correlaciones estadísticas entre las enfermedades y los tipos de personalidad, es decir, trombosis coronaria e individuos orientados a una meta, seguros de sí mismos, agresivos, etc. Sin embargo sus estudios no corroboraron su trabajo.

Actualmente se toman en cuenta componentes etiológicos multifactoriales que interactúan y producen vías neurofisiológicas y neuroquímicas complejas. Se considera que en el ser humano existe un equilibrio inestable con su medio por lo cual desarrolla una serie de mecanismos fisiológicos que le permiten mantener estables sus características biológicas, a pesar de los cambios ambientales y pese a los estímulos modificadores, a lo que Cannon llama homeostasis. La homeostasis, un mecanismo de regulación fisiológica, se va a romper cuando exista una situación exterior que anule o que vaya más allá de la capacidad compensadora del organismo, entonces, se produce la enfermedad. Pero también existen mecanismos que promueven la homeostasis anímica y son llamados mecanismos de regulación psicológicos que permiten mantener el equilibrio frente a excitaciones ambientales. Aquí también se puede esperar que los mecanismos de homeostasis sean anulados o superados, produciendo la enfermedad ya que se produjeron modificaciones o desviaciones químicas, fisiológicas y desde luego morfológicas, que ocasionan trastornos funcionales.

Pero como sabemos, nuestro cuerpo no está separado del funcionamiento de nuestra mente, lejos de eso, conforman una unidad y en este caso, la homeostasis fisiológica y psíquica, se influyen mutuamente y reaccionan de un modo paralelo, lo que nos lleva al concepto de unidad psicosomática, la cual debe ser considerada, en la salud como en la enfermedad. Así se puede comprender como los factores psicológicos que actúan sobre el individuo pueden provocar desadaptaciones o agravar las existentes y al destruir el equilibrio psicosomático, provocar enfermedades incomprensibles e incurables si no se conocen y manejan los elementos etiológicos determinantes.

Para (Lipowski, 1990, cit. en Stites y col. 1996) los pacientes que somatizan tienden a comunicar, lo que en clínica es llamado estrés psicosocial. Menciona que la frecuencia con que se menciona la depresión asociada a la somatización ha originado la propuesta de que la somatización constituye una característica esencial de la depresión y por lo tanto, puede ser considerada como uno de los criterios diagnósticos.

Como habíamos mencionado, las repercusiones originadas por los sucesos estresantes, para cada individuo son diferentes dependiendo del momento específico en que le sucede al sujeto y de sus vulnerabilidades o de los factores que forman las diferencias individuales tales como el sexo del individuo y etapa de la vida en que le está sucediendo o la evaluación cognoscitiva del suceso (Brim y Ryff, 1980, cit. Lazarus y Folkman, 1986).

También existen otro tipo de trastornos psicofisiológicos que afectan principalmente, según Salomón, (Salomón, 1976, cit. Lloyd y Samuel, 1988) a los siguientes seis sistemas orgánicos:

- La piel en las formas clínicas de: eccema, psoriasis, urticaria y dermatitis atópica.
- Sistema músculo esquelético en las formas clínicas de lumbagia, calambres y *cefalea*.
- Aparato respiratorio en las formas clínicas de hiperventilación y asma bronquial.
- Sistema cardiovascular en las formas clínicas de taquicardia (palpitaciones), hipertensión y migraña.
- Aparato digestivo en las formas clínicas de acidez, pesadez gástrica ("falta de digestión") gastritis, úlcera péptica o duodenal, colitis, hiperacidez, pirosis, eructo nervioso, colon espástico, falta de apetito, vómito, estreñimiento o diarrea crónicos.
- Aparato genitourinario en las formas clínicas de amenorrea, menorragia, polimenorreo, dismenorrea, impotencia, eyaculación prematura, disfunción orgásmica, vaginismo y disuria.

Es así, como el campo de las relaciones psicofisiológicas, va vinculando la psicología con la medicina, que desemboca en la constitución de un nuevo campo de investigación, que es la medicina psicosomática. Esta nueva área, se refiere a los conocimientos adquiridos en los últimos años acerca de la relación entre los procesos mentales y los procesos

fisiológicos y a las teorías y especulaciones concernientes a esta relación. En la práctica, la medicina psicosomática constituye también una manera de enfocar los problemas de la medicina a los niveles mentales, es decir, que estos niveles altos de integración pueden afectar las funciones de los niveles fisiológicos. (De La Fuente, 1959).

La medicina psicosomática, ha dado un gran paso al estudiar los procesos mentales y darle un enfoque psicológico a las enfermedades físicas que aquejan hoy en día. De la Fuente (1959), cita que: "más que ningún otro proceso, las emociones expresan la unidad psicofisiológica del organismo. Una emoción puede ser estudiada propiamente por medios psicológicos y el describirla obliga a la utilización de términos psicológicos pero también puede ser investigada por medios fisiológicos y ser entendida como un proceso donde el organismo participa como totalidad y que es mediado por estructuras centrales y periféricas del sistema nervioso y del sistema endócrino.

Emociones y enfermedades psicosomáticas

De la Fuente (1959), dice que las emociones (particularmente la hostilidad, angustia, miedo y tristeza) son el objeto principal de los estudios psicosomáticos, así que es conveniente tener un estudio claro de ellas: En general, el término emoción se usa como equivalente de energía mental y se precisa que una emoción es una respuesta del organismo total a una situación externa o interna. Así también, es importante reconocer en cada emoción los siguientes elementos: a) un afecto o estado privado o subjetivo experimentado conscientemente por el sujeto b) un conjunto complejo de

procesos bioquímicos y neuroendócrinos que representan el aspecto fisiológico y c) la exteriorización de ese estado subjetivo y de ese estado fisiológico mediante pautas expresivas tales como cambios faciales, la contracción de ciertos grupos de músculos esqueléticos, el rubor, el llanto y otras.

El mismo autor, describe el papel central de las emociones en la determinación de la conducta y en el equilibrio orgánico, ya que dice que las emociones son el verdadero motor de la conducta, (De La Fuente, 1959) lo que habitualmente mueve a la gente a actuar en determinada dirección no es tanto su pensamiento lógico y abstracto, como la fuerza irracional de sus pasiones. Siguiendo esta línea de pensamiento se cree que la angustia que expresa la reactividad del organismo total ante la incierta posibilidad de injurias o de amenazas vitales debe ser singularizada como la emoción primordial. El que las más importantes teorías modernas de la personalidad consideren la angustia como el núcleo dinámico de las neurosis y como un generador prominente de patología orgánica, ha determinado que este fenómeno ocupe actualmente un lugar importante no solo en el campo de la psicología sino de la medicina. (De la Fuente, 1959)

Todos los hombres son semejantes en cuanto a que son susceptibles de experimentar las mismas emociones, pero en cambio, los individuos varían en cuanto a la naturaleza de los eventos que suscitan en ellos la misma respuesta emocional, así como en cuanto a la clase, intensidad y duración de sus emociones en respuesta a un mínimo estímulo y en cuanto a la capacidad de expresión, supresión o represión de sus emociones. Puede decirse que más allá de ciertos aspectos muy generales, para entender las reacciones emocionales de un sujeto, es necesario conocer su

historia biopsicosocial, sus experiencias previas y sus necesidades, puesto que de todas ellas depende la interpretación que el individuo hace de una situación dada y por lo tanto su reacción ante ella (De la Fuente, 1959).

Wolff, estudia la participación de distintos órganos en situaciones difíciles típicas, es decir, que cualquier individuo encuentra en el curso de su vida diaria y en situaciones experimentalmente inducidas que se asemejan a esas situaciones típicas. Este autor menciona que cuando los seres humanos se sienten amenazados, se defienden o atacan valiéndose de medios generales o locales. En estos procesos algunas funciones son sacrificadas en tanto otras se promueven. Algunos de los medios puestos en juego son eficaces cuando se trata de situaciones de emergencia, pero cuando son usados en forma prolongada o muy repetida algunas estructuras resultan permanentemente dañadas. El uso continuo de medios defensivos que serían adecuados solamente en situaciones agudas, acaba por producir algún daño. (Wolf, 1948, cit. en De La Fuente, 1959) Dichos medios que el individuo utiliza, pueden ser:

- *Reacción defensiva de la nariz y pasajes respiratorios.* Ante amenazas a su seguridad, algunos individuos reaccionan con una obstrucción de los pasajes aéreos debida a vasodilatación, hipersecreción y contracciones del tejido muscular. Los cambios en la mucosa nasal producen obstrucción y dolor lo que puede facilitar la infección secundaria y la prolongación de un proceso morboso.

- *Pauta ofensiva gástrica:* En respuesta a situaciones amenazantes que suscitan cólera, algunos individuos reaccionan como si su estómago se preparase para recibir alimentos. La mucosa aumenta, los vasos se dilatan y la pared del estómago se contrae poderosamente.
- *Pauta expulsiva del intestino grueso:* Otros individuos utilizan esta pauta que consiste entre otras cosas, en contracciones violentas de la pared y aumento de mucosa. Estas son condiciones de fragilidad en que la mucosa puede erosionarse y dar lugar a hemorragias.

Lo anterior nos permite comprender que hay diferentes pautas de expresión de problemas en el individuo, lo que nos lleva a tener bases más firmes para fundamentar el presente trabajo en relación a las enfermedades psicosomáticas y su relación con el estrés. Es por esto que se procede a explicar tanto lo relacionado con el Estrés y Trastornos Psicosomáticos, como algunos principios básicos de las enfermedades con las que se pretende trabajar: Dermatitis, Colon Irritable y Lupus. Con el fin de tener una idea más clara de dichos padecimientos.

Estrés y Trastornos Psicosomáticos

Existen estudios donde se plantea la relación entre las emociones humanas y la salud (Rosenman, Brand, Scholtz y Friedman, 1976). Se explica que las emociones influyen en la salud a través de diversos

mecanismos e inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar. Se muestra que las emociones negativas constituyen un riesgo en la salud, que los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud, así como los episodios agudos pueden agravar ciertas enfermedades y que las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos. Se ha descubierto que algunas tendencias emocionales permanentes pueden llegar a ser factores específicos de riesgo para enfermedades concretas. La hipótesis de una relación específica entre un tipo de emoción y un tipo de enfermedad halló su primer comprobación empírica con el trabajo de Rosenman y sus colaboradores acerca del denominado patrón A de conducta y el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (Rosenman, Brand, Scholtz y Friedman, 1976, cit. En Fernández, J., 1994). Así también, las personas con el Patrón A de conducta, que consiste en una tendencia a actuar de manera impaciente, con actividad intensa, ambición y hostilidad así como competitividad, tienen el doble de posibilidades de padecer una enfermedad coronaria que el resto de las personas.

Parte de los efectos negativos que tiene el estrés sobre la salud proviene del hecho de que las personas sometidas a estrés, especialmente de tipo laboral, tienen hábitos de salud peores que las personas que no sufren estrés (Weibe y McCallum, 1986 cit. en Fernández, 1994).

Técnicas de tratamiento para el enfermo psicossomático

El principal avance en la salud ha sido a través de la promoción de la misma, además de la prevención de enfermedades más que a través del diagnóstico y tratamiento de ellas (Sarafino, 1990). Es así, como la principal

preocupación respecto a la salud, debiera centrarse en su prevención, sin embargo, también existen diferentes técnicas que se aplican al enfermo psicossomático con el fin de tratar o remediar la enfermedad, (García, 1997). A continuación mencionaremos brevemente algunas de éstas técnicas utilizadas:

Técnicas de Relajación: Por medio de la relajación, se busca abordar al enfermo psicossomático a través de su cuerpo, es decir sobre el terreno que él nos ofrece.

Entrenamiento Autógeno de J.H. Shultz: Inspirado en la hipnosis, donde se intenta conseguir por medio de un aprendizaje muy ritualizado, un estado de auto hipnosis voluntaria llamada auto-descontracción-concentrativa. El terapeuta sugiere al paciente control sobre sensaciones de pesadez, calor, aspectos relativos a latidos, control de movimientos respiratorios, calor epigástrico y frescor de la frente. Esta técnica es rápida y de un efecto tranquilizante, además de provocar una disminución de la resonancia emocional de los afectos.

Técnica de J. de Ajuriaguerra: Se inspira en la técnica psicoanalítica. La elección de palabras, el sonido de la voz, su ritmo permite intercambios afectivos que despiertan una fantasmaticación en relación con la dinámica conflictiva del paciente. El tacto se utiliza dentro de la perspectiva relacional evocadora de las fantasías o de los conflictos.

Ambas técnicas tienen aplicaciones en trastornos funcionales, a través de la distensión permiten disminuir el impacto del estrés, especialmente cuando está ligado a situaciones conflictivas.

Bio-Feedback. Es un proceso de entrenamiento que permite modificar dentro de los límites biológicos, funciones o acontecimientos viscerales fisiológicos, que habitualmente son inconscientes, involuntarios y automáticos. Esta técnica se sirve de un aparato electrónico que mide parámetros psicofisiológicos de forma precisa. El entrenamiento implica:

- Control continuo de la respuesta fisiológica que se desea modificar
- El paciente recibe de forma inmediata una señal de cambio de la respuesta (feed-back)
- Una motivación suficiente para cambiar la respuesta

De éste modo se han podido modificar experimentalmente respuestas del Electroencefalograma (EEG) de la tensión arterial, ritmo cardiaco, tensión muscular, la salivación y temperatura cutánea.

Gradualmente por ensayo-error, el paciente desarrolla una estrategia control del feed-back y en consecuencia, de la respuesta fisiológica. Aprende a asociar determinados pensamientos o imágenes o ciertas sensaciones con cambios de feed-back.

Tratamiento Psicoanalítico. Freud afirmaba que los órganos neuróticos no son “directamente accesibles” al psicoanálisis, pero pueden serlo indirectamente cuando la ansiedad u otros obstáculos se ponen de acuerdo en la descarga adecuada de los impulsos, estos son eliminados por medio del análisis, de manera que los síntomas indirectos desaparecen sin haber constituido un objeto específico del análisis. La alteración en la función, no

puede ser analizada por carecer de contenido inconsciente, pero se puede analizar, la actitud que la ha motivado. Si el estado de estancamiento es superado, las consecuencias involuntarias también desaparecen. (Fenichel, 1976, cit. en García, 1997).

Según Franz Alexander, dado que los principios dinámicos del psicoanálisis pueden emplearse en muchos tipos de psicoterapia, la elección del método a utilizar en cada caso particular debe ser determinada por la índole del problema terapéutico. El método psicoanalítico tradicional de sesiones diarias, a través de meses o años, es sólo uno de los procedimientos técnicos posibles y no necesariamente el más económico, el más penetrante o el más efectivo en todos los casos. Ha demostrado poder adaptarse en grado sumo a los severos casos crónicos de psiconeurosis y trastornos de carácter, pero aún en tales casos la terapia resultará más eficaz si se modifica el procedimiento para conformarlo a las necesidades variables del paciente individual y de las diferentes fases del tratamiento. Además dice que al establecer el plan terapéutico, el analista debe decidir en cada caso si es indicado un tipo de tratamiento de apoyo o de profundización, o bien si la tarea terapéutica se reducirá principalmente a modificar las condiciones externas de la vida del paciente. (Alexander, 1965).

Franz Alexander, también habla de la psiconeurosis como una incapacidad para tratar con éxito una situación dada, una imposibilidad de hallar gratificación socialmente aceptable para las necesidades subjetivas en circunstancias determinadas. Este fracaso depende del equilibrio entre la adaptabilidad del yo y la dificultad del problema que le confronta. Cuando la

situación exige poderes de integración mayores que los que el yo posee, se desarrolla una neurosis.

Por otro lado, menciona enfermedades como la úlcera péptica, cuya explicación según el autor, es que dicha enfermedad es una defensa de los sujetos contra la excesiva necesidad de ser queridos, así como los individuos con hipertensión, están atrapados entre sus tendencias competitivas hostiles y sus deseos pasivos de independencia (Alexander, 1965).

McDougall, define tanto a la psicología como a la fisiología y propone que la fisiología estudia los procesos de los órganos y tejidos, en tanto la psicología estudia la actividad total del organismo. Según el autor, los procesos mediante los cuales reconocemos las cosas vivientes son, aquellos que se han designado colectivamente como conducta: Esto es, procesos que exhiben una autodirección hacia fines específicos que favorecen la perpetuación del organismo individual o de la especie. (McDougall, 1970).

Por otro lado, menciona un supuesto mecanicista propuesto por Descartes para describir los procesos de los organismos vivos, el cual considera no justificado por los hechos. McDougall critica esta posición al mencionar que aún no existe una sola función orgánica explicable en simples términos mecánicos. Por otra parte, critica que los fisiólogos dejaran los hechos de la conciencia humana en un silencio irreductible, ignorándolos y afirmando que estos hechos, no son atacables por sus métodos. Además de que, encima de esto, los entrega al psicólogo asignándole la tarea exclusiva de describirlos.

Con el fin de estudiar de manera más científica tanto la ciencia de la Psicología como la Fisiología, McDougall define la fisiología como aquella que estudia los procesos de las partes u órganos de que se compone todo organismo y la psicología estudia las actividades del organismo como un todo, es decir, aquellas en las cuales obra como un todo o unidad. Por otra parte, el autor se basa en que los cambios que muestran los objetos materiales parecen ser de dos tipos: Por un lado, cambios del tipo puramente mecánico, de los cuales los movimientos de los cuerpos celestes constituyen los ejemplos más claros y mejores y por otro lado, cambios del tipo de actividad intencional o comportamiento, con el cual cada uno de nosotros se familiariza por la reflexión sobre sus propios esfuerzos, impulsos, deseos y voliciones. Esperando que en algún momento se pueda saber que toda acción en apariencia intencional es explicable en términos mecánicos, para que la psicología pueda ser incorporada a la fisiología, además de descubrir en el mundo inorgánico, indicios de conductas hasta ahora ocultas.(McDougall, 1970).

Tratamiento Farmacológico. Los ansiolíticos, medicamentos sedantes, no deben prescribirse con frecuencia. Se ha demostrado que los antidepresivos disminuyen síntomas intestinales en dosis muy bajas.

Finalmente, como un ejemplo de la relación entre Estrés y Trastornos Psicofisiológicos, en el caso del Colon Irritable, se ha demostrado que los pacientes que no tienen síntomas psiquiátricos mejoran en mayor grado que los que sí los tienen. Así que parece haber también un efecto de los aspectos psicológicos sobre los síntomas intestinales (Sparber, 1992 cit. en García, 1997).

DERMATITIS

Definición

Como lo vimos anteriormente la Dermatitis Atópica, uno de los padecimientos a los que nos enfocamos en la presente investigación, es una de las formas clínicas en que el ser humano muestra alteraciones psicofisiológicas en la piel. Debido a esto, es necesario enfocarnos ahora en la definición de esta complicación.

La Dermatitis se considera una inflamación en la piel, con una distribución característica, localizada casi siempre en la nuca, cara interior de los muslos, región púbica y en el dorso de las manos; la lesión dermatológica se acompaña de profundos surcos debidos a la constante irritación y rascaduras. Existe una clasificación denominada Dermatitis Atópica, asociada con historia de atopia personal o familiar, el término "atopia" designa formas de reacción de hipersensibilidad inespecífica y constitucional; lo que significa que existen factores genéticos implicados que aún no se han precisado, sin embargo lo que se sabe es que es un padecimiento que se hereda y que tiene un patrón poligénico con expresión variable, condición que apoya la expresión familiar; se plantea la posibilidad de dermatitis como fenotipo con varias posibilidades genotípicas (Saúl, 1986, cit. en Gallegos, 1988).

La afección produce prurito y es semejante al liquen, caracterizada por una piel seca (deficiente producción de lípidos) que muestra una tendencia a desarrollar reacciones de contacto alérgico, esto hace que presente períodos de dermatitis aguda y/o crónica, rebelde a los tratamientos médicos ya que retiene el sudor, se le marcan con exageración los pliegues, es hipersensible, responde con prurito a cualquier estímulo ya sea calor, frío, lana, jabón, medicamentos, cosméticos, emociones, etc.

Es decir, una piel que tiene poca resistencia a sustancias irritantes además de que la lesión primaria es modificada como resultado de rascaduras que incluso pueden ser infectadas. Es una enfermedad muy frecuente, es relativamente mayor en las mujeres y suele verse más en personas de clase media o alta (Saúl, 1983, cit. en Lloyd, 1988).

Sulzberger y Feiner (1940) proponen una clasificación de la neurodermatitis en donde la fase del adulto se caracteriza por que una mínima proporción de los pacientes sobrepasa la edad adulta, el padecimiento es de menos severidad y cuando esto sucede las lesiones se presentan en los párpados, alrededor de la boca, en las manos y en los pliegues en forma de placas liquenificadas o vesículas con mucho prurito, todo ello con huellas de rascado; la palidez facial es característica. Su evolución es por brotes, aunque a veces puede mantenerse permanentemente.

Otros dos patrones clínicos únicos en la dermatitis atópica incluyen la dermatitis de la mano que puede ser más frecuente en amas de casa, mecánicos y enfermeras ya que ellos se encuentran mayormente expuestos a irritantes físicos o químicos, Harvey (1989).

El rascado de las lesiones favorece infecciones, agregando o manifestando pústulas y costras melicéricas, dada la tendencia de los pacientes a aplicarse medicamentos, la enfermedad se sale de sus sitios, se extiende a todo el cuerpo y puede provocar una dermatitis por contacto.

Es un estado reaccional por múltiples factores aún en discusión (Saúl, 1983, cit. en Gallegos, 1998) entre los que se encuentran: antecedentes de atopía, factores vasculares, genéticos, psicológicos, ambientales, sucesos de vida y sucesos cotidianos por lo que el pronóstico y tratamiento del padecimiento resulta complicado pues el manejo es principalmente sintomático y paliativo.

Gallegos, (1998) define la Dermatitis Atópica como una serie de respuestas cutáneas anormales que dependen del sistema nervioso autónomo como: vasoconstricción sostenida, blanqueamiento de la piel, reacción disminuida de histamina (provocando prurito o comezón) dermografismo blanco, trastornos de vasoconstricción y vasodilatación periférica, respuesta capilar lenta al calor y al frío, así como disminución de la temperatura digital. (Salomón, 1992 cit. en Gallegos, 1998). Además Gallegos también resume, que se trata de una enfermedad de origen constitucional con influencia familiar y psicológica.

Investigaciones realizadas con Dermatitis Atópica

Maclaughlin, Shoemaker y Guy (1953), caracterizaron a los pacientes atópicos con ansiedad, dependencia de las figuras paternas, destructividad,

agresividad, superioridad y hostilidad (Santamaría, 1978 cit. en Gallegos, 1998).

Santamaría (1978) realizó un estudio para sacar el perfil de personalidad de pacientes con dermatitis atópica y encontró que éstos pacientes tenían facilidad para el llanto, fobias, enuresis, agresividad, separación temporal o divorcio de los padres y violencia materna. El perfil psicológico de los pacientes fue de neurosis depresiva ansiosa, inmadurez, inseguridad, evasión de las relaciones sociales, pensamiento fantasioso y problemas con la imagen corporal (Santamaría, 1978 cit. en Gallegos, 1998).

Tapia y Dorado (1984) en su trabajo consideraron la piel como un órgano de respuesta emocional y el objetivo principal de la investigación fue determinar las características de personalidad de 30 pacientes con el diagnóstico de psoriasis (un tipo de dermatitis caracterizada por el apareamiento de placas eritematoescamosas, es decir duras y enrojecidas, en codos y rodillas principalmente), comparándolo con 30 pacientes con dermatitis por contacto. Encontraron que los pacientes con psoriasis, presentaron características de personalidad que incluyen elementos depresivos, frustración y dificultad para establecer relaciones interpersonales. Además los autores, sugieren realizar un estudio posterior con un grupo control sin padecimientos de la piel y considerar otras variables como el nivel socioeconómico y sexo para encontrar diferencias entre las muestras (Tapia y Dorado, 1984 cit. en Gallegos, 1998).

Schech, Florin, Rudolph y Wilhell (1993) trabajaron con 61 mujeres con dermatitis atópica. Evaluaron la personalidad de estas pacientes mediante el Inventario de Personalidad Freiburg, la escala de Formas de enfrentamiento para el estrés para pacientes psicósomáticos y una escala de paranoia/depresión. Describen a estos pacientes psicósomáticos como irritables, suspicaces y tienen menores estrategias de enfrentamiento ante el estrés (Schech, Forin, Rudolph & Wilhell, 1993 cit. en Gallegos, 1998).

Gupta y Gupta (1994) en su trabajo, destacan la importancia que tienen los factores psicológicos para propiciar el prurito o picazón en diferentes padecimientos dermatológicos. Observaron que el grado de psicopatología depresiva se correlacionaba directamente con la gravedad del prurito para Psoriasis, Dermatitis Atópica y Urticaria, concluyendo que la depresión reducía el umbral del prurito, o lo que es igual aumentaba la percepción de la picazón (Gupta y Gupta, 1994 cit. en Gallegos, 1998).

Ehlers, Gieler y Stangier (1995) compararon la efectividad de cuatro grupos de tratamiento para la dermatitis atópica que consistían en un programa de orientación dermatológica con terapia de relajación, tratamiento conductual cognoscitivo y combinación de algunos de ellos. Se encontró que los tratamientos psicológicos dan lugar a una mejoría en la piel a diferencia de la atención médica estándar y los programas de orientación dermatológica. Sin embargo, este último podía combinarse con tratamientos psicológicos para romper el círculo vicioso de picazón y rascado (Ehlers, Gieler y Stangier, 1995 cit. en Gallegos, 1998).

SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE

Definición

El Síndrome de Colon Irritable (SCI) es un trastorno funcional del tubo digestivo con manifestaciones clínicas crónicas o recurrentes de dolor abdominal asociado a trastornos de las evacuaciones y distensión abdominal, sin evidencia de anomalías estructurales o bioquímicas (García, 1997).

Cuadro Clínico: Los síntomas del colon Irritable son múltiples y variables y parece ser que están relacionados con hiperactividad psíquica y psicológica (García, 1997).

Usualmente se manifiestan durante el estado de vigilia y son:

- Dolor abdominal
- Síntomas de alteración en la defecación
- Distensión abdominal

Dolor

El sitio del dolor puede variar de un paciente a otro, pero permanecerá igual en un paciente dado. El dolor puede presentarse en

cualquier cuadrante del abdomen. Por otro lado solamente el 20% de los pacientes que presentan alteraciones de los hábitos intestinales tienen diarrea dolorosa.

Síntomas de Alteración en la Defecación

Característicamente, la constipación o diarrea consiste en evacuaciones de pequeño volumen. La diarrea abundante implica una causa secretora. La diarrea de los pacientes con SCI, generalmente no persiste más allá de tres días.

La defecación también está asociada a sensación de evacuación incompleta requiriendo repetidas visitas al baño.

Diarrea: Frecuentemente reportada en su inicio con heces formadas, seguidas por heces blandas y posteriormente líquidas. La diarrea y dolor son frecuentemente precipitados por comidas y son independientes del tipo de comida ingerida.

Distensión abdominal: Es un síntoma común en casi todos los pacientes con SCI, la severidad frecuentemente se incrementa a través del día, acompañado eructos y flatulencia.

Diagnóstico Clínico

Consiste en identificar síntomas llamados criterios de Manning (García, 1997) para tener un diagnóstico más preciso:

- Dolor abdominal que mejora con la evacuación
- Evacuaciones intestinales más frecuentes con el inicio del dolor
- Evacuaciones de consistencia disminuida al inicio del dolor
- Distensión abdominal

Tratamiento

Se debe tener un tratamiento individualizado, basado en una evaluación del factor precipitante de los síntomas además de llegar al conocimiento absoluto de que el paciente no presente patología orgánica.

Dentro de los medicamentos que se utilizan en el tratamiento del SCI, están los Anticolinérgicos, que reducen la contractibilidad del músculo, los Ansiolíticos y Antidepresivos. Por otro lado, se recomienda una dieta alta en fibra.

Emoción y Sistema Gastrointestinal

Un gran número de enfermos que consultan al médico por trastornos gastrointestinales, sufre trastornos funcionales. Probablemente se trata de personas cuyo sistema digestivo es especialmente sensible a los influjos emocionales, así como hay otras que reaccionan a los trastornos emotivos con disturbios cardiovasculares (Villalobos, 1998).

Más del 75% de los enfermos examinados en el departamento de gastroenterología de la "Cleveland Clinic", van a dicha clínica por su tensión nerviosa (Brown, 1958, cit. en Villalobos 1988). En estudios hechos a 1000

enfermos, 46 % tenían "nervous" o colon irritable (Bockus y Willard, 1993, cit. Villalobos, 1988)

El sistema gastrointestinal parece ser el más sensible a las emociones, de todos los sistemas de nuestro cuerpo. Los estímulos emocionales dejan sentir su influjo en las diversas partes del sistema gastrointestinal provocando numerosas alteraciones: anorexia, bulimia, náuseas, vómitos, dolores epigástricos, gastritis, úlcera gástrica o duodenal, trastornos postgastrectomía de origen emocional, pilorespamo, colitis, colitis mucosa, colitis ulcerosa, colon irritable, cólicos, diarreas, trastornos gastrointestinales funcionales, entre muchas otras complicaciones (Villalobos, 1998).

Antecedentes del Síndrome de Colon Irritable

Históricamente el Síndrome de Colon Irritable (SCI), se describe desde hace muchos años atrás, cuando Richard Powel en 1818 describió las características de 4 pacientes femeninos de sus consulta privada las cuales mostraban signos y síntomas semejantes (dolor abdominal continuo o intermitente con fluctulencia, sofocación e indigestión, evacuaciones diarreicas acompañadas del membranas en forma de hojuelas y que no tenían gran consistencia). Esta es quizá la primera descripción con sentido analítico de que se tenga noticia. (Fielding, 1977, cit en García, 1997). Desde entonces un sin número de investigaciones han reportado sus experiencias para el mayor conocimiento de esta entidad..

En 1939, Lium y Porter, observaron que la estimulación de los nervios parasimpáticos produce una contracción espasmódica de la musculatura del

colon que se acompaña de una marcada congestión. Si el espasmo ha sido suficientemente intenso y prolongado, se produce inflamación y edema de la mucosa particularmente frágil. Estos autores hacen notar que en las colitis ulcerativas, las lesiones se limitan a lo largo de las bandas musculares, precisamente en los lugares donde los espasmos son más marcados.

Poco después en 1949, Alma, Querrán y Tullan, experimentaron con 39 voluntarios sanos para medir movilidad y presión, usaron manómetros conectados con globos insertados en el colon. El aspecto de la mucosa fue determinado por inspección directa a través del proctoscopio, utilizando varios estímulos como el frío intenso, compresión de la cabeza, reducción de la glicemia mediante la inyección de insulina y discusión de eventos emocionalmente perturbadores. Estos estímulos dieron lugar en la mitad de los sujetos a un aumento en las contracciones, hiperemia y aumento en la secreción del moco, además de otros signos característicos de la reacción de estrés, tales como palidez, sudor y aumento de la presión arterial, solamente 2 sujetos habiendo mostrado signos generales de estrés no mostraron alteración en el colon.

Avery y Godding, señalan los problemas familiares y las tensiones de negocios como factores precipitantes de un problema de colon, así como hábitos adquiridos, como la tendencia al uso habitual de laxantes o purgantes que tienden a disminuir la actividad normal del colon, formándose un círculo vicioso no siempre fácil de romper: indican que no resulta claro por que algunos enfermos se niegan a responder a los signos claramente indicativos de la necesidad de evacuar el intestino (Avery y Godding, 1972, cit. en Vargas, 1988).

Douglas A. Drossma y Robert S. Sandler en 1979 reportaron que los síntomas intestinales pueden ser reducidos o exagerados por factores emocionales. Ellos preguntaron si el estrés afectaba a su patrón intestinal y se encontró que más del 70% de los encuestados respondieron afirmativamente por lo que se observó, la clara relación de las cuestiones psicológicas con SCI (Douglas & Sandler, 1979 cit. en Vargas, 1988).

Groen en 1941 describió a los colíticos ulcerosos como inteligentes, cuidadosos, fastidiosos e hipersensibles, narcisistas, egocéntricos, agresivos socialmente a nivel verbal. Los hombres en general sufren una fijación maternal y miedo a su padre (en mujeres se presenta la situación inversa). Groen señaló que estos enfermos generalmente se aferran a la idea de que su condición tiene sólo causas físicas. El conflicto precipitante, está a menudo relacionado con la necesidad de romper una relación dependiente con la madre sustituta (Groen, 1941 cit. en Vargas, 1988).

En 1950 Paulley, describió su experiencia con 175 enfermos y encontró que son usualmente personas muy dependientes de sus madres, excesivamente sensitivos y con una marcada tendencia al remordimiento; son sujetos resentidos pero nunca abiertamente agresivos. Por otra parte son fastidiosos, pulcros, serios, sin sentido del humor, niños modelo que han permanecido emocionalmente inmaduros e infantiles debido a la posesividad de sus madres. (Paulley, 1950 cit. en De la Fuente, 1959)

David Kershenobitch indica que este tipo de "constipación" del colon es frecuente en jóvenes que se ponen a dietas de adelgazamiento inadecuadas. Al ingerir pocos alimentos, el colon pierde su estímulo natural. Basta incluir en la dieta un alto contenido de floras vegetales o aquellos que

dejan amplios residuos, para que se normalice su función intestinal. (Kershenobitch, 1986, cit. en Vargas 1988).

Relación del Colon Irritable con Depresión y Ansiedad

En 1990 Corney R.H. investigó la severidad de los síntomas psicológicos con un grupo de 42 pacientes diagnosticados con SCI utilizando una serie de entrevistas y cuestionarios tomando en cuenta presiones sociales y el impacto que tenían los síntomas de la enfermedad en su vida diaria y encontró que el 48% de los pacientes fueron clasificados con una enfermedad psiquiátrica menor. En las mujeres se encontraron síntomas psicológicos exacerbados tales como depresión, ansiedad y somatización; así como que son más propensas a padecer enfermedades psiquiátricas que los hombres (Corney, 1990 cit. en García, 1997).

En el mismo año, Blanchard y Sharff en el Centro de desórdenes de estrés y ansiedad en la Universidad de Nueva York (Center of Stress and Anxiety Disorders State University of New York), investigó sobre el papel de la ansiedad y depresión en los síntomas del SCI utilizando la escala de ADIS-R en pacientes con SCI, encontrando un incremento en la ansiedad más que en el de depresión en los pacientes con SCI. Concluyendo que los pacientes con SCI tienden a tener características neuróticas (Blanchard y Sharff, cit. en García, 1997).

Por otro lado Whitehead y Crowell en 1991, encontraron que el SCI es un desorden psicológico ya que la mayoría de los pacientes de consulta externa presentaban síndromes depresivos entre otros, por lo que se

propuso que los pacientes con SCI fueran tratados con técnicas psicológicas, dado que estos síntomas psicológicos tendían a exacerbar los síntomas del SCI. (Whitehead & Crowell, 1991 cit. en García, 1997).

Más tarde en 1993, Song y Merskey estudiaron a 18 pacientes con SCI, 33 pacientes con enfermedad de Crohn y 38 voluntarios, utilizando escalas de ansiedad y depresión, encontrando que en el primer grupo había un incremento tanto en la ansiedad como en la depresión observándose así una relación entre factores emocionales y los efectos de la enfermedad (Song & Merskey, 1993 cit. en García, 1997).

En 1995 Masand y Klanpan exploraron la relación entre depresión mayor y SCI con pacientes control y clínicos, observándose que el 27% con depresión mayor cumplieron el criterio para SCI en contraste del 2.5% del grupo control. Los pacientes con depresión mayor y SCI tuvieron más probabilidad de reportar síntomas de dolor de espalda, debilidad, dolor de corazón y movimientos nocturnos del colon así como un historial familiar de dolor de colon comparados con los pacientes con depresión mayor pero sin SCI. Concluyendo que el SCI es más común en pacientes con depresión mayor (Masand y Klanpan, 1995 cit. en García, 1997).

En uno de los estudios más recientes, Gween, Graham y Collins, (1996) encontraron que los disturbios psicológicos tales como el estrés, depresión, ansiedad, somatización, etc. son frecuentemente asociados con SCI sin ser necesariamente causa y efecto, al revisar un grupo de pacientes con gastroenteritis aguda que presentaban síntomas de SCI después de una enfermedad aguda por 6 meses (Gween, Graham & Collins, 1996 cit. en García, 1997).

Según las investigaciones realizadas hasta ahora, los posibles factores emocionales relacionados al SCI son los siguientes, (García, 1997):

- Depresión
- Ansiedad
- Rasgos Neuróticos
- Somatización
- Tensión emocional (ESTRÉS)

Sucesos de vida estresantes y Colon Irritable

Existen dos estudios de desórdenes gastrointestinales que ilustran como una vida estresante está relacionada al dolor abdominal:

El primer estudio estaba diseñado para pacientes que tenían un problema del apéndice y se les entrevistó justo después de que presentaron el primer síntoma de dolor abdominal pero antes de ser diagnosticado como apendicitis o como un apéndice normal. (Creed, 1981). Hubo una gran diferencia entre los dos grupos. Un 60% de los pacientes cuyo apéndice se categorizó como no inflamado o apéndice normal, reportaron haber experimentado un evento severamente riesgoso que podía categorizarse como estresante, en las 38 semanas antecedentes al dolor abdominal comparado con 25% de aquellos que sí tienen apendicitis y el 20% de el grupo control con un abdomen saludable. Esto explica como una serie de sucesos estresantes en la vida del sujeto pueden predisponerlo a

desarrollar alguna enfermedad física aunque no tengan la predisposición orgánica, es decir, no sufran de la enfermedad propiamente.

Posteriormente el experimento se repitió en una clínica de gastroenterología (Craig & Brown, 1984 cit. en Goldberg, 1993). Los pacientes fueron entrevistados antes del diagnóstico (una alteración orgánica (como úlcera péptica) o funcional (colon irritable o dispepsia funcional) Los resultados fueron similares al estudio de apendicitis: El 57% de el grupo con dolor abdominal funcional habían experimentado un evento estresante severo en comparación con el 23% de aquellos que tenían un diagnóstico de enfermedad orgánica y con el 15% del grupo control.(Craig, 1989 cit. en Goldberg, 1993).

Como conclusión de estos estudios podemos pensar que se han identificado un grupo de pacientes que desarrollan dolor abdominal cuando se exponen a un estrés medioambiental severo. Debido a hallazgos experimentales de los efectos del estrés en la mortalidad del colon (Almy, 1985; Chaudhury & Truelove, 1962; Wangel & Séller, 1964. cit. en Goldberg, 1993) parece confirmarse que los eventos de vida severamente estresantes pueden dar paso a contracciones dolorosas de el colon en aquellos que están predispuestos constitucionalmente a responder de ésta forma, que es de un 14 a un 20% de la población según Thompson, 1989 cit. en Goldberg, 1993). De forma adicional, cuando existen síntomas psiquiátricos presentes, como la depresión o ansiedad, pueden contribuir a la mortalidad colónica. (Latimer, Sarna, Campbell, et al., 1981 cit. en Goldberg, 1993).

Lipowski, dice que es importante mencionar el concepto tradicional de la medicina psicosomática de la mente afectando al cuerpo, Además de que es preferible incluir ambos modelos tanto el factor físico como el factor psicológico como desencadenante de una enfermedad psicosomática. (Lipowski, 1982 cit. en Goldberg, 1993). Chaudhury y Truelove (1962) hicieron lo mismo en su descripción original del Síndrome de Colon Irritable: "Resultado de una historia de disentería y problemas psicológicos". Estudios recientes confirman la ocurrencia de desórdenes psiquiátricos como relacionados a un proceso pobre de cura y a la vez existen estudios que han investigado desde hace muchos años, los factores físicos y psicológicos en la etiología de la enfermedad (Creed, 1981; McDonald & Bouchier, 1980 cit. en Goldberg, 1993).

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Definición

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica y de origen desconocido. Afecta de manera dominante a mujeres (4:1 sobre los varones en edad reproductora, sin embargo, la edad varía de 2 a 90 años) (Stites, y col. 1996).

Se le conoce como *prototípica* ya que se le caracteriza por la formación de anticuerpos y una gran diversidad de manifestaciones clínicas inflamatorias mediadas por mecanismos inmunológicos. Los órganos blanco mayores o principales de la enfermedad son la piel, las membranas serosas, la médula ósea, los riñones, y el cerebro. La expresión clínica y la gravedad de la patología de estos órganos es sorprendentemente diversa.

Etiopatogenia

Dentro de la etiopatogenia de la enfermedad deben distinguirse factores predisponentes y factores desencadenantes de riesgo. Entre los factores predisponentes, se pueden señalar:

Los Factores Genéticos. Se sabe de la existencia de varios casos de LES en una misma familia, se mencionan incluso familias en que se han presentado diferentes enfermedades difusas del tejido conjuntivo: lupus eritematoso, esclerodermia, artritis reumatoide y reumatismo poliarticular agudo. Es entonces cuando se habla de la predisposición heredada.

Entre los factores que actuarían sobre este fondo genético se pueden señalar algunos como los virus, las radiaciones ultravioletas así como los medicamentos, respecto a estos últimos, cada vez se reportan nuevos productos médicos que desencadenan lesiones típicas de LES inclusive con hallazgos de laboratorios positivos. En éstos casos el medicamento desencadena la aparición de la sintomatología la cual mejorará y desaparecerá al discontinuar el medicamento sin necesidad de otro tratamiento (Amado, 1996).

Lo que ocurre en el caso de LES (Amado, 1996) es que el factor genético actúa sobre el timo, originando la producción de linfocitos T dañados y grupos de células que por alguna razón, no llegaron a desaparecer en la vida embrionaria (clonas prohibidas) como debería haber pasado. Así, los linfocitos desconocen a sus propios componentes químicos que al actuar como antígenos desencadenan auto anticuerpos y de ahí el LES. El mecanismo endógeno de defensa o vigilancia inmunológica podría ser alterado por las radiaciones lumínicas, medicamentos, infecciones, virus, así como el estrés y los estados de agitación emocional y al fallar esta vigilancia inmunológica, se actuaría sobre el timo, sobre los linfocitos T ya dañados y sobre las mismas clonas prohibidas facilitando y repitiendo el proceso, sin contar que el virus actuaría también sobre el timo dañándolo directamente.

Así también se ha observado la relación entre el LES y el estrés o estados de agitación emocional. En general los estados que provoquen desequilibrios endocrinológicos pueden ser causantes de un brote de lesiones sobre todo de la variedad sistémica (Adams, 1994).

Antecedentes de Lupus Eritematoso Sistémico

El nombre fue dado por Cazenave en 1851, recordando al lupus vulgar muy frecuente en esos años, separando a esta nueva entidad del verdadero lupus que más tarde se reconocería de etiología tuberculosa. El nombre de Lupus Eritematoso (LE) se aceptó y ha perdido su primera connotación (lupus = lobo), al grado que ya se ha olvidado al lupus original tuberculoso y sólo se piensa en el eritematoso cuando se habla de "Lupus".

El primer reconocimiento de este proceso como una enfermedad distinta ocurrió en 1892, año en que un médico alemán describió dos tipos de la enfermedad: una forma aguda relativamente benigna, caracterizada por erupción facial, precedida a menudo de artritis y otra más maligna, también con erupción facial, pero acompañada además de crisis convulsivas, neumonía y a menudo muerte en unas dos semanas después de la aparición del eritema. En 1904, Sir William Osler, clínico inglés, confirmó las observaciones, pero por vez primera subrayó la invasión de los órganos en ambos tipos de enfermedad.

En 1942, los doctores Liebman y Sachs describieron lesiones patológicas específicas en las válvulas cardíacas de pacientes con LES, en 1935, Boehr se refirió a la destrucción renal y en 1948, el doctor Hargrove de la clínica Mayo informó de la presencia de células extrañas en la sangre de estos sujetos y denominó a estas, células LE.

En 1955, Moore y Lutz aludieron a la presencia en la sangre de estos pacientes, de un anticuerpo circulante específico, aunque no llegó a dilucidarse cual podría ser el papel o función del mismo.

Poco después, Elliot y Mathieson observaron disminución de los niveles de complemento en la circulación de estos enfermos. Además, se comprobó que las células LE de Hargrove eran granulocitos, que habían ingerido anticuerpo circulante. En 1957, se observó que el anticuerpo en el suero de estos pacientes actuaba contra el DNA (ácido desoxirribonucleico) y en 1966, se descubrió la presencia del antígeno DNA en la sangre de los enfermos con LES.

Se sabe que los pacientes con LES elaboran anticuerpos contra su propio DNA así como contra otras partes de sus células. Además, ahora ya se explica la invasión de órganos y sistemas, por invocación de una causa, esto es, el depósito de los complejos antígeno-anticuerpo en toda la economía. El sistema inmunitario de un paciente con LES induce una respuesta inmunitaria contra constituyentes de sus propias células, y los complejos antígeno-anticuerpo resultantes de esta respuesta causan enfermedad diseminada.

Pese a la precisión de nuestro sistema inmunológico, se trata en realidad de una especie de fuerza que ataca a cualquier antígeno reconocido correcta o incorrectamente como extraño hasta que el sistema o el antígeno queda destruido o neutralizado. En el caso del LES se sabe que los antígenos son parte de las propias células del enfermo, más específicamente su propio DNA (Ropes cit. en Nava, 2001).

Respuestas Inmunitarias

Inmunidad se refiere a la respuesta protectora específica del cuerpo a un organismo o agente extraño invasor. Sin embargo, diversas alteraciones patológicas de éste sistema producen ciertas manifestaciones morbosas. Así que se usa el término *inmunopatología* para referirse al estudio de las enfermedades causadas por la reacción inmunitaria, o la respuesta protectora iniciada por el cuerpo que paradójicamente, se vuelve contra él mismo causando lesión y enfermedad (Amado, 1996). Para entender la inmunopatología es necesario comprender primero la forma en que funciona el sistema inmunitario o inmunológico del organismo, proceso que se describirá a continuación, de forma breve:

Cuando el cuerpo es atacado por bacterias o virus, dispone de tres medios de defensa: la respuesta inmune fagocítica, la respuesta inmunitaria humoral o de anticuerpo y la respuesta inmunitaria celular:

- *La respuesta inmune fagocítica.* Implica a los leucocitos que poseen la capacidad de ingerir partículas extrañas y así destruir a los invasores.
- *La respuesta inmunitaria humoral o de anticuerpo.* Se inicia con los linfocitos que pueden transformarse en células plasmáticas que elaboran anticuerpos, son transportadas por la sangre e incapacitan partículas extrañas invasoras. Es el dispositivo

protector de mayor importancia empleado por el sistema inmunológico del organismo.

- o *La respuesta inmunitaria celular.* Implica a los linfocitos que se convierten en células plasmáticas y además también pueden transformarse en células T destructoras especialmente facultadas para atacar con éxito a los microbios.

Antígenos y Anticuerpos

La parte del organismo atacante que estimula la producción de anticuerpos recibe el nombre de **antígeno** que es un pequeño fragmento de proteínas sobre la superficie del microorganismo. Cuando se induce a la producción de **anticuerpos**, se liberan en la corriente sanguínea y se

transportan hacia el organismo agresor donde se combina con el antígeno acoplándose a él.

La diferencia entre la *naturaleza protectora de la respuesta inmune* y su potencial causante de enfermedad se inicia con el reconocimiento de lo que es extraño y de lo que no lo es. Si el *antígeno* es verdaderamente extraño, la respuesta brinda protección, pero si no lo es, causa enfermedad autoinmune.

Manifestaciones Clínicas del LES

El LES no presenta un solo patrón clínico característico. El inicio puede ser agudo o insidioso. Los síntomas constitucionales son fiebre, pérdida de peso, malestar general y fatiga. Es posible que estén afectados todos los aparatos, funciones y sistemas, (Stites, y col. 1996) como se muestra a continuación:

Músculo esqueléticas:

Casi todas las personas con LES presentan dolor articular y la mayoría desarrolla artritis. Las articulaciones frecuentemente afectadas son las de los dedos de las manos, manos, muñecas y rodillas. La muerte del tejido óseo puede ocurrir en las caderas y hombros y constituye una causa de dolor en esas áreas.

- ***Cutáneas:*** Una erupción en las mejillas y en el puente nasal afecta a casi la mitad de las personas que presentan LES y generalmente empeora con la luz del sol. Una erupción más difusa puede aparecer en otras partes del cuerpo que se exponen al sol como resultado de la fotosensibilidad y se pueden presentar otras lesiones de piel o nódulos. Las lesiones mucosas más características del LES son las úlceras que pueden acompañarse de sangrado.

- *Renales:* La mayoría de las personas con LES presentan algunos depósitos de proteína en las células del riñón. Sin embargo, sólo el 50% presenta irritación e hinchazón por lupus definida como inflamación persistente del riñón. Estas personas, pueden desarrollar finalmente, la denominada insuficiencia renal y requerir de diálisis o incluso un trasplante de riñón. Los trastornos neurológicos pueden afectar hasta un 25% de las personas con LES. El síntoma más común es la disfunción mental leve, pero cualquier área del cerebro, médula espinal o sistema nervioso se pueden ver afectados. Algunos de los trastornos del sistema nervioso que pueden presentarse son: convulsiones, psicosis, síndrome orgánico cerebral y dolores de cabeza.

- *Sanguíneas:* los trastornos sanguíneos pueden afectar hasta el 85% de las personas con LES. Se pueden formar coágulos de sangre venosos o arteriales asociados con apoplejías y embolismo pulmonar o aborto. A menudo, se forman anticuerpos contra los factores de coagulación sanguínea, los cuales pueden causar sangrado significativo y con frecuencia, se desarrolla anemia por enfermedad crónica en algún momento durante el curso de la enfermedad.

- *Cardiacas:* Puede haber inflamación de varias partes del corazón como: pericarditis, endocarditis o miocarditis; condiciones que pueden causar dolor torácico y arritmia.

- *Pulmonares:* Como resultado de una infección o de LES, se puede presentar inflamación del revestimiento del pulmón, y acumulación de

líquido entre el pulmón y su revestimiento. Los resultados frecuentes de estos trastornos son dolor torácico y dificultad respiratoria.

Manifestaciones neuropsiquiátricas

Las manifestaciones neurológicas o psiquiátricas son rasgos comunes del LES y se pueden agrupar principalmente en cuatro grupos, (Martínez- Elizondo, 1995, cit. en Nava, 2001):

- *Síndromes orgánicos cerebrales, alteraciones psicológicas, neurosis, cefalalgias y meningitis.* Estudios controlados han sugerido la presencia de disfunción cognitiva hasta en el 70% de los pacientes con lupus.
- *Convulsiones.* Que pueden resultar de lesiones cerebrales nuevas o bien luego de una lesión previa que da lugar al desarrollo de un foco convulsivo.
- *Accidentes vasculares cerebrales así como neuropatías craneanas.*
- *Otras condiciones neuropsiquiátricas.* Como alteraciones del movimiento y síndromes semejantes a la esclerosis múltiple.

Antecedentes de investigación en relación al Sistema Inmunitario y el Estrés

Los efectos del estrés en el sistema inmunitario de los sujetos ha atraído mucho la atención. Kiecolt-Glaser (1991) ha investigado la asociación de un rango de eventos de vida estresante con la respuesta inmune. Estos investigadores inicialmente enfocaron su atención al estrés académico en estudiantes de medicina en una situación estresante común. Encontraron un decremento en la actividad de las células principales del sistema inmune, las células NK, durante el período de exámenes finales comparado con una línea base de pre-examinación. El estrés durante el periodo de examinación fue asociado con cambios en el número de células T, respuestas mitógenas y creación de anticuerpos para virus latentes. Kiecolt-Glaser & Glaser (1991) estudiaron el efecto de los estresores crónicos, como puede ser el cuidado que se le da a los enfermos de Alzheimer, y la cantidad de anticuerpos de las personas destinadas a dicha tarea.

Cohen, Tyrell y Smith (1991), encuentran en un estudio, la relación entre estrés y el proceso de infección. Dicho estudio es único porque es una verdadera perspectiva de los eventos de vida controlados por muchas variables (sexo, edad, educación, estado alérgico, peso, estación del año, etc.), además de ser un estudio donde se administra individualmente, una dosis de virus estandarizada en cada sujeto y se colocan a todos ellos en un ambiente controlado. Los autores demostraron una relación entre el grado de estrés psicológico y nivel de infección en los sujetos mediante la consideración de un número de variables que pudieran explicar la

asociación entre el estrés y el proceso de infección. Dentro de las variables controladas estaban: Fumar, beber alcohol, el ejercicio, dietas, calidad de sueño, cantidad de glóbulos blancos, niveles totales de inmunoglobulina. Variables de personalidad como baja auto estima, autocontrol, grado de extroversión / introversión. Aún con éstas variables controladas, la relación entre el grado de estrés psicológico e infección permanecía significativa. Los autores demostraron el mismo efecto con cinco diferentes virus. (Cohen, Tyrell & Smith, 1991 cit. en Goldberg, 1993).

Factores de riesgo asociados con Lupus

Existen estudios en relación con el lupus eritematoso y los factores de riesgo asociados con el síndrome neuropsiquiátrico (NPSLE). Los resultados mostraron que el 80% de 128 adultos (entre 21 y 71 años), presentaron dolores de cabeza, desórdenes de ansiedad y desorden depresivo mayor. Estos fueron los diagnósticos que se reportaron más comúnmente. (Brey et al. (2002).

CAPÍTULO II

LA MEDICIÓN EN PSICOLOGÍA

La psicometría tiene como finalidad llevar a cabo la medición de la conducta, tanto en el ser humano como en los animales, lo que constituye uno de los pilares fundamentales de la ciencia psicológica, ya que el hombre cada día se preocupa más por comprender su propia naturaleza (Morales, 1975).

En el desarrollo de la Psicología como ciencia, ha sido necesario realizar estudios a fin de poder determinar si difieren los seres humanos entre sí y en qué grado se presentan estas diferencias, lo que ha originado, el desarrollo de la instrumentación adecuada para evaluar cuantitativa las diferencias y semejanzas existentes entre los individuos. Aún cuando pudiera pensarse que los psicólogos deben estar más interesados en las diferencias individuales que en las constantes de las personas, es necesario, tener en cuenta cuáles atributos aparecen consistentemente, en mayor o menor grado en sujetos o grupos diferentes.

Es importante destacar que tanto los atributos, características, habilidades y rasgos que se pretenden medir, solo pueden medirse mediante la expresión conductual externa y observable.

La medición en Psicología, como cualquier otra ciencia, se inicia con la identificación de elementos del mundo real con los elementos o construcciones de un sistema lógico abstracto, al cual llamamos modelo; por ejemplo el concepto de estatura de una persona se define fácilmente, teniendo en cuenta tres situaciones: a) identificación del objeto que va a ser medido, es decir, la persona (o la unidad experimental); b) identificación de las propiedades o conducta que va a ser medida (en este caso, la distancia que hay de los pies a la cabeza en posición erecta), y c) identificación de las reglas mediante las cuales asignamos un número a esta propiedad que va a ser medida (el metro).

La identificación de elementos del mundo real con los del sistema matemático puede hacerse fácilmente, asociando las posibilidades de ocurrencia por ejemplo en un "volado" donde puede caer cara o cruz y se definen como opciones "A" y "B", que son mutuamente exclusivas ya que sólo es factible la relación de una de estas posibilidades. Podemos decir que éstas designaciones simbólicas "A" y "B" constituyen una medida; de aquí se deriva un concepto amplio y generalizado de lo que entendemos por medición: "Es el procedimiento mediante el cual asignamos números (calificaciones, medidas) a las propiedades, atributos o características de los objetos (o de unidades experimentales), estableciendo las reglas específicas sobre las que se fundamentan tales asignaciones." (Morales, 1975).

Importancia de la Medición Psicológica

Partiendo de la base de que lo que existe, cualquiera que sea su naturaleza, lo es en cierta cantidad, debemos estar plenamente interesados en medir la cantidad de atributos que se han descrito como característicos de los seres humanos (hay que recordar que no se mide al hombre, sino a sus atributos) y cuál sería la norma de cantidad en los diversos grupos humanos que forman nuestro mundo.

El interés de los científicos se centra en el mundo de los hechos; es decir, en aquello que se pueda ver, tocar, oír o expresar de alguna otra forma que sea observable por medio de los sentidos (Morales, 1975). De este modo, los psicólogos, como investigadores científicos, han dirigido su atención al estudio de aquellos eventos que pueden ser evidentes si se han demostrado a lo largo de su desarrollo desde hace varios siglos.

La naturaleza de los datos psicológicos, es peculiar y difícil de manejar porque sólo se cuenta con la expresión verbal o motora-verbal del individuo que nos informa acerca de su experiencia personal. De tal suerte, con dichos datos recopilados trabaja el investigador psicólogo, mismos que se restringen al hacer o al decir del hombre. Sin embargo es demasiado lo que se puede aprender del comportamiento del individuo y al respecto, existen muchas formas en las que puede hacerse una predicción de la conducta humana.

La asignación de números a los atributos de los objetos se deriva de lo que denominamos niveles de medición (nominal, ordinal, intervalar,

razón), que se diferencian por su grado de complejidad de los sistemas matemáticos que utilizan y las transformaciones matemáticas que admiten los datos para ser manejados en la obtención de resultados comprensibles (Morales, 1975).

Instrumentos de Medición Psicológica

Los instrumentos de medición en psicología, son todos aquellos procedimientos u operaciones que permitan llegar a obtener, objetivamente y con la mayor certeza posible, información acerca de la expresión de los fenómenos que suceden en esa unidad biológica, social, psicológica, etcétera, que es la conducta humana. Estos instrumentos, contruidos para medir aspectos específicos de la conducta humana (y animal según las necesidades que planteen la situación de que se trate: estudios clínicos, escolares, experimentales, etc.) se conocen con el nombre de pruebas psicológicas (Morales, 1975).

Alrededor de 1830 se llevan a cabo los primeros estudios en el campo de la psicología y de las matemáticas destinadas a lograr la medición mental, distinguiéndose principalmente 3 corrientes de influencia preponderante: la francesa (Esquirol, Pinel, Itard, Seguin, Charcot y Ribot) la alemana (Weber, Fechner y Wundt) y la de Laplace en el campo de las matemáticas, quien junto a Gauss, demostró la aplicabilidad y utilidad de la curva normal como un instrumento matemático aplicable a la medición de las características del ser humano.

Dado el momento en que históricamente aparecen los primeros intentos por lograr la medición de la conducta humana, el mérito corresponde a sir Francis Galton (1822-1911) quien, influido fundamentalmente por Darwin, publicó su famosa obra *El genio heredado*, (cit. en Morales, 1990) y poco tiempo después su libro *Investigación del desarrollo de las facultades humanas*, en el cual de inmediato podemos encontrar como contenido esencial lo que hemos llamado diferencias individuales y los primeros intentos por medirlas.

En 1886 Galton creó un laboratorio destinado a la medición de las características físicas y sensoriomotoras de los seres humanos y estableció los principios del empleo del método estadístico para obtener medidas más objetivas y precisas en sus investigaciones. Utilizó el concepto de correlación que posteriormente desarrollaría Karl Pearson (1857-1936) iniciando el estudio científico de las diferencias individuales y la evaluación de las pruebas mentales, apoyado en la instrumentación matemática. (cit. en Morales, 1990).

Por otra parte, Hugo Munsterberg, diseñó pruebas específicas para niños y fue el primer psicólogo que pensó en utilizar el registro del tiempo de ejecución de las tareas que se imponían con sus instrumentos, a sus sujetos de investigación (Munsterberg, 1891, cit. en Morales, 1990).

Hermann Ebbinghaus, utilizó pruebas de cálculo rápido, de memoria de dígitos y de completamiento de oraciones estudiando problemas de fatiga en niños de edad escolar (Ebbinghaus, 1897, cit. en Morales, 1990).

Binet y Simon, desarrollan la primera investigación formal para llevar a cabo la medición de habilidades complejas, la cual, fue prometedora en cuanto a sus datos, al grado que aún actualmente se sigue usando, después de múltiples revisiones y estudios que la clasifican como un instrumento útil, predictor del comportamiento intelectual (Binet y Simon, 1904, cit. en Morales, 1990).

Es así como se muestra la importancia de las pruebas psicológicas en la medición de características presentes en los sujetos, sin embargo no debe olvidarse su valor como una herramienta que puede identificar rasgos que predisponen a desarrollar problemas posteriores, es decir, no podemos pasar por alto el valor predictivo de las pruebas psicológicas. Dada la importancia de las pruebas psicológicas, existen requisitos que dichos instrumentos deben cumplir para que realmente midan lo que pretenden y además, lo hagan de una manera consistente.

Requisitos para Construir Instrumentos de Medición

Según Sampieri y col. (2003): “Todo instrumento de recolección de datos debe reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez. Éstas son pues dos características fundamentales de toda prueba psicológica (Rivera, Esquivel y Lucio, 1987) que pretende recolectar datos válidos y confiables.

Validez y Confiabilidad

La función principal tanto de la validez como de la confiabilidad es, reducir al mínimo el grado de error que generalmente se observa al medir cualquier fenómeno que estemos estudiando dentro del campo de la psicología.

Confiabilidad

La confiabilidad puede considerarse como la cualidad que adquiere un instrumento al permitir que el objetivo a medir de cierta prueba se cumpla en el momento de la aplicación y una segunda vez a pesar de que transcurra el tiempo, lo que también suele conocerse como la “consistencia” de una prueba; así mismo la relacionan a la calificación que diversos examinadores otorgan a la misma respuesta de un sujeto ante un estímulo dado; por lo tanto, si varios examinadores califican e interpretan de la misma forma las respuestas de un sujeto, la confiabilidad de la prueba tiende a ser mayor (Lucio y col. 1987).

Para Anastasi (1961), la confiabilidad es la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando se les aplica la misma prueba o una forma equivalente.

Pero hablando especialmente de Instrumentos de Medición, se dice que ésta, se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Cualquier procedimiento que permita obtener la confiabilidad de un instrumento intenta producir el llamado coeficiente de confiabilidad. Este oscila de 0 a 1 y donde 0 significa confiabilidad nula, mientras que el 1 representa un máximo de confiabilidad de los resultados que se hayan obtenido a través del instrumento aplicado.

Validez

La validez es la cualidad de un instrumento para medir lo que realmente pretende medir. Es la comprobación directa de qué tan bien cumple una prueba su función (Anastasi, 1961).

Por validez se entiende la cualidad de un instrumento psicológico a través de la cual sus estímulos o reactivos están estrechamente relacionados con la función o conducta que se pretende evaluar, (Lucio y col., 1987).

Para Sampieri y col. (2003) la validez: “Se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir”. Consideran que la validez puede hacerse evidente de las siguientes formas:

a) Validez de contenido.- “Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide, (Bhornstedt 1976, cit. en Sampieri y col. 2003). Esto significa que el instrumento debe abarcar dentro de si o en su “contenido” toda la información posible en

forma de preguntas, ejercicios, reactivos o ítems, con los que se puedan estudiar el concepto que se esté midiendo.

b) Validez de criterio.- “Establece la validez de un instrumento de medición comparándola con algún criterio externo (Wiersma, 1999, cit. en Sampieri y col. 2003); es decir que la utilidad del instrumento y lo que mide, se juzgan a partir de un criterio establecido con anterioridad y si los resultados se ajustan a éste, entonces estamos hablando de una validez de criterio muy alta. Este tipo de validez puede analizarse en dos momentos (presente o futuro) de acuerdo con el criterio establecido para correlacionar los resultados:

- Validez de criterio concurrente.- Permite correlacionar los resultados obtenidos de la prueba con un criterio externo presente, en el mismo momento o punto de tiempo.
- Validez de criterio predictiva.- Correlaciona los resultados de la prueba con un criterio futuro es decir, pasado cierto tiempo.

c) Validez de constructo.- Podría considerarse como la validez más importante dentro de una investigación, ya que se intenta correlacionar los resultados de una prueba con mediciones obtenidas a través de hipótesis derivadas teóricamente y que se relacionan con los conceptos que se intentan medir (Sampieri y col. 2003). Es importante saber que para obtener dicha validez deben mencionarse las investigaciones que demuestren que ambos conceptos se relacionan. Explicado de otra manera, la validez de constructo es qué tan bien mide la prueba la construcción teórica, o que

tanto abarca la muestra de conductas donde se refleja lo que se quiere medir.

ANÁLISIS DE CONTENIDO

Dentro del proceso de la comunicación, el contenido ocupa una posición central debido a que éste, es objeto de medición o análisis con el fin de conocer de manera más precisa, las características que constituyen dicho proceso de comunicación. Por contenido de la comunicación se entiende el conjunto de significados expresados a través de los símbolos (verbales, musicales, pictóricos, plásticos, gesticulares) que constituyen la comunicación misma.

El contenido de la comunicación es tan rico como la experiencia humana y sus causas y efectos son muy variados; por esta razón, no es posible idear un sistema aislado de categorías esenciales para describirlo. Sin embargo, se ha desarrollado un método científico, cuyo objetivo es describir diversas facetas del contenido de la comunicación en una forma concisa. Dicho método se denomina: Análisis de Contenido. (Berelson cit. en Holsti, 1969).

El análisis de contenido se efectúa por medio de la codificación, es decir, el proceso en virtud del cual las características relevantes del contenido de un mensaje se transforman a unidades que permitan su descripción y análisis precisos. Lo importante del mensaje se convierte en algo susceptible de describir y analizar. Para codificar es necesario definir el

universo, las unidades de análisis y las categorías de análisis. (Hernández, 2003).

De manera más concreta, se menciona la siguiente definición: “El análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunicación” (Krippendorf, cit. en Álvarez, 2003). El autor agrega que este análisis busca la sistematización, objetividad y medición cuantitativa.

Enfoques cuantitativo y cualitativo del análisis de contenido

El análisis cuantitativo es una técnica estadística para obtener datos descriptivos acerca de las variables del contenido. Su valor reside en que ofrece la posibilidad de obtener observaciones más precisas, objetivas y veraces sobre la frecuencia en que ocurren determinadas características del contenido, aisladas o en unión con alguna otra. En otras palabras, es una forma de observar frecuencias de ocurrencia por la observación controlada y la computación sistemática. (Alexander, cit. en Holsti, 1969). Por otro lado, Álvarez señala que desde la visión cualitativa, el análisis de contenido sigue siendo una manera de análisis de cualquier forma de comunicación humana, especialmente la emitida por los medios masivos y por personajes populares. Roberto Hernández y sus coautores se refieren a una forma útil de “analizar la personalidad de alguien evaluando sus escritos”. Según esta última descripción, el análisis de contenido es uno de los procedimientos que más se acercan a los postulados cualitativos desde sus propósitos; busca analizar mensajes, rasgos de personalidad, preocupaciones y otros aspectos subjetivos.

Otra de las características que acercan al análisis de contenido con el paradigma cualitativo, es que el examen de los datos se realiza mediante la codificación, por la cual se detectan y señalan los elementos relevantes del discurso verbal o no verbal, y a su vez éstos se agrupan en categorías de análisis. Este constituye el procedimiento general por excelencia del análisis cualitativo.

Realizar un análisis de contenido requiere seguir algunos pasos (Kimberly A. Neuendorf 2001 cit. en Álvarez, 2003):

1. Determinar qué contenido se estudiará y porqué es importante. Ej. Puede estudiarse los contenidos de la violencia de género en un programa de dibujos animados.
2. Deben tenerse claros los elementos que vamos a buscar. Es decir a qué consideraremos contenidos violentos y factores de género en el ejemplo dado.
3. Decidir cómo definimos nuestro campo de observación de contenido. Como no podemos ver todos los programas y analizarlos, se seleccionan solo algunos aleatoriamente.
4. Dependiendo del propósito, se debe decidir la forma de recabar la información. Por ejemplo en hojas de reporte que se analizarán posteriormente.

5. Por último habrá que asegurarse de unificar criterios para la observación y para la codificación, en el caso de que hayan varios observadores o codificadores.

Por otra parte, el *análisis cualitativo*, que es parte importante del análisis de contenido en general, se usa para señalar diferentes aspectos del procedimiento de investigación, tiene las siguientes características:

- Lectura preliminar de materiales proporcionados por la comunicación con el propósito de establecer hipótesis y descubrir nuevas relaciones.
- Es un procedimiento impresionista para hacer observaciones sobre las características del contenido.
- Tiene atributos dicotómicos, es decir, atributos que sólo pueden afirmarse como pertenecientes o no a un objeto.
- Es un procedimiento "flexible" para hacer observaciones descriptivas del contenido o juicios del "código".

Taylor y Bogdan, consideran diez características de la investigación cualitativa, (Taylor y Bogdan cit. en Álvarez, 2003) explicados a continuación:

1. *La investigación cualitativa es inductiva*: Los investigadores desarrollan conceptos, partiendo de datos. Siguen un diseño de la

investigación flexible, comienzan sus estudios con interrogantes formuladas vagamente a diferencia del enfoque cuantitativo.

2. *En la investigación cualitativa el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística.* Los escenarios, personas o grupos no son reducidos a variables sino considerados como un todo. Se estudia el contexto del pasado de las personas y las situaciones en que se encuentra.

3. *Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.* Aunque los investigadores cualitativos no pueden eliminar sus efectos sobre las personas que estudian, intentan controlarlos o reducirlos a un mínimo, o entenderlos cuando interpretan sus datos.

4. *Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.* Es necesario experimentar la realidad como otros la experimentan, para comprender cómo ven las cosas. (Blumer, 1969 cit. en Álvarez, 2003).

5. *El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.* El investigador ve las cosas como si estuvieran ocurriendo por primera vez. Nada se da por sobreentendido. Todo es un tema de investigación. (Bruyn, 1966 cit. en Álvarez, 2003).

6. *Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas. No busca la verdad o la moralidad, sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas.*

7. *Los métodos cualitativos son humanistas. Los métodos mediante los cuales estudiamos a las personas necesariamente influyen sobre el modo en que las vemos. Ya que, cuando estudiamos a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo individual y a experimentar lo que ellas sienten en su vida cotidiana en la sociedad, aprendemos sobre la vida interior de la persona, sus éxitos y fracasos.*

8. *Los investigadores cualitativos ponen en relieve la validez de su investigación. Los métodos cualitativos nos permiten permanecer próximos al mundo empírico, están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace. Observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente y viendo los documentos que producen, el investigador obtiene un conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales ni escalas clasificatorias.*

9. *Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio. Ningún aspecto de la vida social es demasiado frívolo o trivial como para ser estudiado. Todos los escenarios y personas son similares y únicos.*

10. *La investigación cualitativa es un arte. Los investigadores cualitativos son flexibles en cuanto al modo en que conducen sus estudios. Crean su propio método, siguen directrices orientadoras, pero*

no reglas. Los métodos sirven al investigador; nunca el investigador es el esclavo de un procedimiento o técnica.

Finalmente, es importante mencionar diferentes marcos referenciales interpretativos basado en los cuales se puede realizar el Análisis Cualitativo, según Álvarez, 2003:

Interaccionismo Simbólico. Es un paradigma interpretativo sociopsicológico cuyas bases, desarrolladas por Charles Horton Cooley y George Herbert Mead, sirvieron a su principal artífice, Herbert, Blumer, quien hace una crítica de la metodología de investigación positivista prevaleciente en su época en la psicología y la sociología, dada su tendencia reduccionista a la cuantificación y a preconcebir los fenómenos en lugar de aprovechar la información naturalista. Este enfoque tiene tres premisas:

1. Los seres humanos actúan respecto de las cosas basándose en los *significados* que éstas tienen para ellos (objetos físicos, otros seres humanos, categorías como los amigos, enemigos, incluso situaciones que un ser humano encuentre en su vida diaria).
2. Los significados de tales cosas derivan de la *interacción* que la persona tiene con otros seres humanos.
3. Los significados son manejados o modificados por medio de un *proceso interpretativo* que la persona pone en juego cuando establece contacto con las cosas.

Interaccionismo Interpretativo. Esta visión surge de la crítica de Norma Denzin a la teoría de Mead y Blumer, a la que tacha de realismo empírico inocente. Para Denzin, hace falta que la teoría se inscriba más puntualmente en una corriente interpretativa, atendiendo a elementos culturales. Considera que, en el Interaccionismo interpretativo, los estudios culturales dirigen al investigador hacia una valoración crítica de cómo los individuos que interactúan vinculan sus experiencias vividas con las representaciones culturales de tales experiencias.

Etnometodología. Desarrollada por Harold Garfinkel (1967), se centra en la forma mediante la cual las personas enfrentan las situaciones de la vida diaria. La meta consiste en elucidar cómo se forja la vida cotidiana de una construcción social. El autor considera que las personas poseen competencias prácticas, lingüísticas y de interacción que pueden ser observadas y registradas. Asimismo, promueve los procedimientos prácticos que utilizan las personas a diario para crear, sustentar y manejar un sentido de la realidad objetiva.

Análisis Conversacional. Heritage (1988) cit. en Álvarez, 2003 resume en tres premisas los puntos fundamentales del análisis conversacional:

1. La interacción está *organizada estructuralmente* y esto se observa en las regularidades de la conversación común y corriente. Todos los elementos de la interacción muestran patrones organizados de características estructurales estables e identificables. Dichos patrones son independientes de las características psicológicas o de cualquier otra de las que emite el discurso.

2. Toda *interacción está orientada hacia el contexto*, y la conversación es productiva y refleja las circunstancias en las cuales se produce.
3. Las propiedades anteriores *caracterizan todas las interacciones*, de tal modo que no puede dejarse pasar ningún detalle para la interacción en cuestión, aunque se considere desordenado, accidental o irrelevante.

Fenomenología. Es una corriente filosófica originada por Edmund Husserl a mediados de 1890, y se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectivas grupales o interaccionales. Sus cuatro conceptos clave son: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad o la comunalidad (la relación humana vivida). Considera que los seres humanos están vinculados con su mundo y pone el énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones.

Existen dos premisas en la fenomenología (J. Morse y L. Richards 2002). La primera se refiere a que las percepciones de la persona evidencian para ella la existencia del mundo, no como lo piensa, sino como lo vive; así, el mundo vivido, la experiencia vivida, constituyen elementos cruciales de la fenomenología. La segunda señala que la existencia humana es significativa e interesante, en el sentido de que siempre estamos conscientes de algo, por lo que la existencia implica que las personas están en su mundo y sólo pueden ser comprendidas dentro de sus propios contextos. De este forma, los comportamientos humanos se contextualizan por las relaciones con los objetos, con las personas, los sucesos y con las

situaciones. Desde el paradigma fenomenológico, las preguntas de quien investiga siempre se dirigen hacia una comprensión del significado que la experiencia vivida tiene para la persona.

La persona que investiga selecciona palabras o frases que describen la experiencia estudiada y Giorgi (1997), propone cinco pasos específicos: obtener los datos verbales, leer los datos, agruparlos, organizarlos y expresarlos desde una perspectiva disciplinaria, sintetizar y resumir los datos para presentarlos ante un auditorio científico.

CUESTIONARIO SUCESOS DE VIDA

De este modo, después de hablar de la medición en Psicología y su importancia, es necesario dar cuenta de un Instrumento como es el ***Cuestionario Sucesos de Vida***, el cual fue elaborado con la finalidad de detectar problemas emocionales en su primera versión con adolescentes. Donde se manejan diferentes tipos de sucesos. En un aspecto general y de acuerdo a Seiffge-Krenke, (1998), los sucesos se pueden clasificar como *Normativos* y *No Normativos* (Seiffge-Krenke, 1998, cit. en Lucio y col. 2003). Los *Sucesos Normativos* incluyen eventos que son típicos, es decir, fáciles de predecir y bastante frecuentes, por lo que son percibidos como medianamente estresantes y controlables. Los *Sucesos No Normativos* son eventos de vida significativos y críticos, como la muerte de un familiar o amigo cercano y golpes o asaltos que aumentan la probabilidad de producir

un desajuste emocional. Estos sucesos son poco frecuentes, difíciles de predecir y abrumadores para el individuo.

Sin embargo, también se realizó una versión de adultos, donde se detectan estos problemas emocionales a partir de sucesos estresantes y la evaluación afectiva que la persona misma hace de ellos.

La versión para adultos es un auto informe compuesto por 36 reactivos, que exploran algunos sucesos de vida que pueden ocurrirle a un sujeto, además de medir el impacto que dichos sucesos tienen sobre él. Este cuestionario se aplica junto con una ficha de información biográfica, compuesta por 44 reactivos, que exploran aspectos sociodemográficos del individuo y aspectos relacionados con su salud física y mental.

Dicha versión del Instrumento Sucesos de Vida, contiene reactivos con cuatro opciones de respuesta:

- a) Me sucedió y fue bueno para mí
- b) Me sucedió y fue malo para mí
- c) Me sucedió y no tuvo importancia
- d) No me sucedió.

La Dra. Lucio y colaboradores (2003), crean este cuestionario que identifica los sucesos de vida estresantes en poblaciones de adolescentes y adultos mexicanos, basándose en los supuestos de Coddington y con la finalidad de detectar factores de riesgo que influyen en el desarrollo emocional del sujeto. De cierta manera, estos mismos factores son

indicadores del origen de algunas patologías en la población, ya que en el momento de ocurrencia de ciertos sucesos, se pueden detonar otro tipo de padecimientos específicos como son las enfermedades psicofisiológicas.

Como primer paso, se llevó a cabo la traducción de una versión elaborada por Butcher (1992), que era una forma de Información Biográfica y una de sucesos de vida para adultos. Posteriormente, se eliminaron de ambos cuestionarios todos aquellos reactivos que no eran adecuados a nuestra población, estos eran los relacionados con cuestiones como la cultura, grados escolares y situaciones laborales. Se realizó un análisis de los datos, elaborándose diversos reactivos que posteriormente permiten identificar categorías o áreas en que se dividen dichos reactivos. La respuesta a este Cuestionario estaría en relación a eventos experimentados por los adultos en un periodo de tiempo pasado, no mayor a un año.

Pero el impacto que los sucesos tienen sobre las personas es básico para entender la manera en que afectan su vida. Respecto a esto, Pearlin sostiene que el impacto estresante de los eventos depende más de la cualidad del evento que de la magnitud:

- Una cualidad del evento estresante es su carácter de voluntario o involuntario.
- Otra cualidad tiene que ver con la deseabilidad del evento.
- Una tercera distinción tiene que ver con la expectativa o no de los eventos (Pearlin & Lieberman, 1979).

Un evento esperado es aquél que tiene una gran probabilidad de ocurrencia, como pueden ser aquellos cambios que ocurren a lo largo de la vida como es la madurez o la vejez., el tener hijos o casarse. Estas son transiciones que generalmente implican una separación de un rol o estatus y la entrada a otro (Lownthal Thurnher & Associates, 1975, cit en Goldberg, 1993).

Por otro lado, un evento no esperado o planeado puede ser un divorcio, alguna enfermedad o daño, problemas en el trabajo, muerte prematura, así como la ruptura de amistades. En contraste con los eventos esperados, los no esperados están notablemente asociados con el estrés (Pearlin & Lieberman, 1979 cit. en Goldberg, 1993)

Modelo del Momento de Ocurrencia de los Sucesos

Existen antecedentes de estudio con relación a un modelo que dice que el desarrollo no es el resultado de un plan establecido o un programa de crisis, sino resultado del momento en la vida de las personas en que tienen lugar sucesos importantes. La gente se desarrolla en respuesta a hechos específicos que ocurren en diversos momentos de su vida. Beugarten, el principal expositor de este punto de vista, sugiere que ello da por resultado una gran variación en el momento en que ocurren los sucesos (Neugarten, Moore y Lowe, 1965, cit. en Rice, 1997).

En términos generales los sucesos vitales esperados crean menos problemas a la gente, ya que si esta tiene tiempo para prepararse para un trabajo, el matrimonio o para la paternidad, le resulta más fácil hacer la transición. Los sucesos inesperados (*no normativos*) son los que generan el

mayor estrés. Así, el divorcio inesperado, la pérdida del trabajo, un accidente o la muerte pueden crear una gran cantidad de estrés. Y, ya que no se cuenta con tiempo para prepararse para dichas influencias *no normativas*, éstas pueden definir momentos críticos en la vida personal. En esta clasificación de eventos no predecibles, pueden tomarse en cuenta sucesos socio-históricos tales como: guerras, depresiones económicas, revoluciones o epidemias. O hechos del mundo físico tales como incendios, huracanes, terremotos o erupciones volcánicas; que también modifican significativamente la vida de las personas.

Antecedentes De Instrumentos De Evaluación De Sucesos De Vida Estresantes

El diagnóstico y entendimiento de los eventos de vida estresantes y su impacto en el organismo humano, requiere de medidas clínicas para auxiliar a nuestra creciente comprensión de la etiología, presencia y progresión de la psicopatología que puede surgir cuando un organismo experimenta alguno de estos eventos (Miller, 1989, cit en Goldberg, 1993). Numerosos investigadores han utilizado diferentes aproximaciones sistemáticas en el desarrollo, estandarización y utilización de éstas técnicas destinadas a la medición de sucesos y de las cuales haremos un breve resumen:

Es en 1964, cuando Holmes y Rahe (1967) hacen la primera, de éste tipo de escalas de evaluación en adultos y se llamó *Cuestionario de reajuste Social* (SRRQ) que consistía en pedir a un número de sujetos, que atribuyeran un valor estresante a una serie de cambios de vida y reajuste a los mismos,

durante el último año. Los cambios de vida incluían modificación de hábitos de sueño, alimentación, así como hábitos personales, recreativos, sociales e interpersonales. A partir de ésta escala se diseñó la llamada "*Escala de Ajuste Social*" (SRRS), la cual asignaba diferentes niveles de importancia a 42 temas relacionados con cambios en la vida. Dicha importancia se asignaba de acuerdo a la cantidad, severidad y duración del reajuste que cada uno de los cambios requería. Posteriormente se diseñó la *Escala de Experiencias Recientes o Schedule of Recient Experiences* (SRE). Una prueba auto aplicable, que enlistaba diferentes cambios de vida por año de ocurrencia. (Goldberg, 1993). Por otro lado, Rahe (1974) propone un modelo en el cual el impacto de los acontecimientos se basan en las experiencias pasadas, las defensas psicosociales, las repercusiones fisiológicas y las estrategias de enfrentamiento que posee el individuo. En este trabajo se habla de las *Unidades de Cambio Vital* (LCU) (Rahe, 1976, cit. en Valdés, 1990).

Dean Coddington (1972), fue uno de los pioneros en la investigación de los sucesos de vida estresantes, tanto en niños como adolescentes. (Coddington, 1972, cit. en Lucio y col. 2003). Coddington se basa en Holmes y Rahe (1967) para hablar acerca de ciertos supuestos teóricos como el que se refiere a que ciertos sucesos son más impactantes que otros, ya que consideraba que existen situaciones traumáticas a las que en el momento en que acontecen, no se les da la importancia que merecen y por ello concluía, no es posible conocer sus efectos sobre los individuos. Coddington hace una investigación y agrupa los sucesos obtenidos con 3,526 niños, en categorías por su contenido y evalúa el significado de los sucesos de vida en los adolescentes y niños. Encontró que ocurren menos sucesos estresantes en los niños pequeños que en los adolescentes. Concluye que con

el paso de los años, los individuos se encuentran más expuestos a circunstancias estresantes (Coddington, 1972, cit. en Gallegos, 1998).

Pearlin y Schooler (1978), abordaron la problemática de los estresores a partir de distintas áreas de la vida, en adultos entre 18 y 65 años de edad. Las áreas a estudiar fueron: conyugal, familiar, económica y ocupacional. Incorporaron características de personalidad tales como autoestima y el medio ambiente como fuente de apoyo social, pues deseaban conocer las consecuencias en la sintomatología depresiva. Encontraron que la disminución de la autoestima fue un factor importante en la vulnerabilidad para experimentar estrés, y en consecuencia en la depresión. (Pearlin y Schooler, 1978, cit. en Gallegos, 1998).

Sorason (1978) también construye una escala de valoración para adultos, con una puntuación correctora, y a la que llamo *Life Experiences Survey (LES)*, con 47 reactivos y la cual incluye espacios en blanco para que el sujeto pueda designar acontecimientos que no se encuentren incluidos (Sorason, 1978 cit. en Gallegos, 1998).

Kanner, Coyne, Schaeffer y Lazarus (1981) hicieron un estudio con adultos entre 45 y 64 años de edad, para evaluar sucesos de vida, estresores cotidianos (trabajo, salud, familia, amigos y ambiente, entre otros), así como satisfactores cotidianos (en las mismas áreas), y su impacto sobre la sintomatología psicológica, emociones positivas y emociones negativas. Encontraron que la escala de estresores cotidianos fue el mejor predictor de ocurrencia y persistencia de los síntomas psicológicos.

Holroyd en 1988, mide el estrés en las familias que cuidan de miembros enfermos o con alguna deficiencia física. La medición del impacto de una enfermedad se hace por medio del *Cuestionario de Recursos y Estrés* (QRS) (Holroyd, 1988, cit. en Goldberg, 1993). Dicho cuestionario proveía información acerca de una serie de áreas problemáticas para el sujeto que responde que es parte de la familia y para el miembro deshabilitado de la misma.

Sánchez-Sosa y Hernández (1994) trabajaron principalmente con adolescentes, en el *Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento* (SEVIC), que es un cuestionario que evalúa básicamente datos biográficos y es uno de los instrumentos que miden este tipo de datos en México, además del *Cuestionario de información Biográfica y sucesos de vida*, (Lucio et. al.,1996, cit. en Gallegos. 1998).

Existe un estudio realizado por González-Forteza en 1998, donde se evaluaron las áreas familiar, social y sexual en adolescentes mexicanos basados en los supuestos teóricos de Lazarus, el cual explica que el estrés psicológico se refiere a una relación de la persona y su ambiente. Dicha relación se torna estresante cuando se percibe que las exigencias del ambiente exceden los recursos personales-psicológicos y sociales del individuo. En esta concepción, la unidad de análisis es la transacción en que la evaluación cognoscitiva le simboliza, esto es, daño, miedo, etc... Así se ponen en marcha las respuestas de enfrentamiento con el fin de intentar manejar el encuentro persona-ambiente, (Lazarus y Folkman, 1984, citado en González-Forteza, 1988). El estudio se realizó en adolescentes con diferentes niveles socioeconómicos y se encontraron

diferencias en cuanto a las respuestas de afrontamiento y malestar emocional. Se concluyó que hay diferencias en los sujetos dependiendo del contexto en que estos se encuentren, identificando una posible relación entre las respuestas de afrontamiento junto con el malestar emocional con recursos como autoestima, locus de control o recursos sociales como apoyo familiar o social.

Bruce Compass, en 1993 menciona que el contexto en que los individuos afrontan al estrés es muy importante ya que regularmente lo hacen a la par de que otras personas cercanas e importantes para ellos tratan de lidiar con sus propios estresores, es por esto que el consideró importante estudiar la relación marital para entender el esfuerzo de afrontamiento y solución de estrés en pareja. La confrontación, el Planeamiento de Solución de Problemas así como la evitación del problema fueron el foco de estudio del autor, encontrando que de acuerdo a la forma de afrontamiento se mostraban diversos síntomas en la pareja, por ejemplo, el que la mujer se comportara de una manera evitativa y de escape, producía mayor estrés en el hombre, pero no se presentaba lo mismo cuando el hombre reaccionaba de la misma forma. De esta manera se veía que la forma de afrontamiento de la esposa predecía de alguna manera el síntoma del esposo pero la forma de afrontamiento del esposo no predecía síntomas en la esposa. Una de las explicaciones es que las mujeres saben adaptarse de una mejor forma ante esta situación y no se ven afectadas de la misma manera que los hombres, quienes al mismo tiempo se muestran más vulnerables ante la forma de afrontamiento que muestra la esposa (Compass, 1993).

Compass, también habla de eventos esperados y los no esperados por el sujeto. Respecto a los eventos no esperados señala en particular, la influencia que tienen en la vida del individuo y la importancia de la reacción del sujeto ante dicho evento. En su estudio acerca del Cáncer de mama, Compass estudia el ajuste psicológico posterior al diagnóstico de esta enfermedad y una formas de afrontamiento que podía variar desde un nivel bajo a un nivel alto de presencia de pensamientos intrusivos y de evitación. Obteniendo que las personas que presentaban los más altos niveles de ansiedad y depresión eran los que a su vez, tenían un mayor número de pensamientos intrusivos y formas de evitación ante los problemas. Los pensamientos intrusivos y evitación ante los problemas son factores de riesgo para otras formas de estrés psicológico, como respuesta al cáncer incluyendo síntomas de ansiedad y depresión. Así, el autor señala que el estrés asociado con eventos no esperados en la vida del sujeto como puede ser una enfermedad tan importante como el cáncer de mama, puede traer implicaciones emocionales, psicológicas y físicas en el individuo (Compass, 2000).

Teniendo estas investigaciones y pruebas como antecedentes, se obtuvo el primer cuestionario piloto "*Información Biográfica Forma para adultos*", con 72 preguntas. (Lucio; Duran, Escalona y De la Torre, 1995).

Este cuadernillo fue modificado y surgió la primera versión denominada "*Información Biográfica y Sucesos de vida. Forma para adultos*", con 79 reactivos en total, que exploran diferentes aspectos de Información Biográfica y donde los últimos 34 reactivos están destinados a explorar sucesos de vida estresantes (Lucio, Ampudia y Durán 1995). En éste cuadernillo se tenían tres opciones de respuesta:

- a) cuando el suceso tuvo un EFECTO POSITIVO
- b) cuando el suceso tuvo un EFECTO NEGATIVO
- c) cuando el suceso no tuvo NINGÚN EFECTO

Posteriormente se hacen nuevas modificaciones en el cuestionario y se agregaron preguntas, dando lugar a la primera revisión del cuestionario **"Información Biográfica y Sucesos de vida. Forma para adultos"**, que consta de 80 reactivos, donde también se exploran datos biográficos del sujeto y donde los últimos 36 reactivos exploran sucesos estresantes. (Lucio, Ampudia y Durán 1996). En éste cuadernillo se incluye un concepto de *neutralidad*, en donde el sujeto contesta a una tercera opción, cuando el suceso fue indiferente para él: c) cuando le sucedió Y NO TUVO IMPORTANCIA). Además de agregarse una cuarta opción: d) NO LE SUCEDIÓ.

En este cuestionario se siguieron los métodos utilizados por (Johnson y McCutcheon, 1980; Kaplan, Robbin y Martin, 1983; Newcomb, 1981; Swearingen y Cohen, 1985) para determinar el valor de un suceso:

Como primer paso, se toma en cuenta el valor subjetivo que cada sujeto tiene de los sucesos. En base a esto, pueden responder en forma bipolar a cada reactivo, indicando si alguno de los sucesos que le hayan pasado en los últimos 12 meses, fue positivo o negativo para ellos.

El cuestionario de sucesos de vida tanto para adolescentes como para adultos se desarrolló con dos intereses particulares; por un lado el de obtener información sociodemográfica y datos sobre la estructura familiar del sujeto. Y por otro conocer los sucesos de vida estresantes que aquejan al individuo. Ambos aspectos se toman como indicadores o medios para conocer las experiencias que acontecen a los sujetos y la relación de esto con la psicopatología, es decir, el instrumento se considera una herramienta que apoya la evaluación de la personalidad, pues autores como Williams y Uchiyama (1989), sugieren que la interpretación de la personalidad debe ser complementada con información adicional, ya que la personalidad se desarrolla en un contexto que ejerce influencia en la manifestación de esta; por lo tanto es importante conocer el ambiente en donde se desenvuelve el individuo.

Después de realizar distintos piloteos para obtener la versión final del cuestionario, en su forma para adultos, se obtuvo la versión anteriormente descrita del cuestionario, que consiste en 44 reactivos del área de sociodemográfica y 36 de sucesos de vida dando un total de 80 reactivos. Esta versión, se presenta con diferentes instrucciones que las versiones anteriores, para facilitar su comprensión.

El cuestionario quedó con el formato original, realizado desde 1996 pero, finalmente la segunda parte del cuestionario, destinada a medir los sucesos de vida, se agrupó por áreas, para ayudar a la comprensión de la interpretación de los mismos, resultando finalmente las áreas de Pareja, Familia, Logros, Salud, Laboral, Sexual, Económica y Social. (Lucio, 1999).

Es así como se considera importante, en la presente investigación en particular, ampliar la muestra con que se ha trabajado el instrumento ***Sucesos de Vida para Adultos*** anteriormente, con el fin de probar una vez más su eficacia, además de relacionarlo específicamente con padecimientos psicosomáticos.

Estudios de Sucesos De Vida y su relación con Trastornos Psicofisiológicos

Daño al Miocardio

Existen estudios que indican una relación positiva entre el estrés y el daño al miocardio o parte musculosa del corazón que se encuentra situado entre el pericardo y el endocardio. Se encuentra especialmente relacionado con dicho episodio, un severo evento amenazante (Parkes, Benjamín, & Fitzgerald, 1969). Un estudio indica un significativo pero no muy prominente lazo entre eventos no muy severos y el daño al miocardio. (Conolly, 1976). Siegrist, Dittman, Rittner y Weber (1982) encontraron en exceso eventos negativos de vida críticos, en un gran número de sujetos con un problema de primer episodio de daño en el miocardio (MI), aunque la relación entre el evento y la enfermedad fue baja, comparada con estudios de depresión o de problemas funcionales somáticos en relación a eventos estresantes (Parkes, Fitzgerald, 1969; Conolly, 1976; Siegrist, Dittman, Rittner, Weber, 1982, cit. en Goldberg, 1993).

Ataque al corazón

El estudio de ataques al corazón de la Universidad de Oxford (House, Dennis , Mogridge, Hawton & Warlow, 1990) incluyó 113 pacientes entrevistados para que recordaran acontecimientos acaecidos un año antes del ataque y fueron re-entrevistados un año después del mismo. Los problemas físicos de salud que afectaban al sujeto se excluyeron. La proporción de sujetos que experimentaron un evento de vida severo en el periodo de un año antes del episodio fue el 24% de los pacientes, y 8% presentaron dicho evento en el periodo de un año posterior al mismo. Los autores examinaron otros factores de riesgo y encontraron solo una diferencia: Los pacientes con previa enfermedad de Hipertensión arterial, estuvieron presentes de una manera muy importante entre aquellos sujetos que no presentaron un evento de vida estresante previo al ataque. Como el rango más alto de eventos estresantes se presentó alrededor de los 6 meses anteriores al episodio, los autores especularon que el evento estresante puede acelerar el proceso de arterioesclerosis, posiblemente incrementando la presión sanguínea o la viscosidad de la coagulación. Penrose (1972) propone una hipótesis similar para explicar el lazo entre los eventos de vida y la hemorragia cerebral solamente en aquellos pacientes que no presentaran una causa directa de la hemorragia, como un aneurisma cerebral. (Penrose, 1972 cit. en Goldberg, 1993).

Dolor de espalda y Artritis

Con el fin de estudiar los eventos de vida que preceden a un episodio de dolor de espalda, Craufurd, Creed y Jayson (1990) buscaron pacientes que hubieran tenido anteriormente la presencia del episodio. Se clasificaron

de acuerdo a las causas del dolor por un reumatólogo y se dividieron entre los que tenían una causa orgánica definitiva o una causa del dolor inespecífica. Solamente se consideraron los eventos de vida independientes al dolor de espalda.

Se encontró un exceso significativo de eventos de vida amenazantes a corto plazo, en aquellos pacientes con una causa inespecífica del dolor de espalda, comparados con aquél grupo que tenía una causa orgánica: 58% y 31%. Además hay un porcentaje similar para los eventos estresantes: 35% del grupo con causa inespecífica, y solo un 15% del grupo con una causa orgánica, reportó la presencia de un evento de vida muy severo durante el período de 38 semanas anteriores al dolor de espalda. (Craufurd, Creed y Jayson, 1990 cit. en Goldberg, 1993).

Los resultados de la artritis reumatoide son especialmente conflictivos. Baker y Brewerton (1981) encontraron un exceso de eventos de vida estresantes precedentes a la presencia de el dolor de artritis. Pero sus resultados no se repitieron en otro estudio donde solamente el 18% de los casos de períodos de artritis experimentaron un evento de vida severo 6 meses antes (Conway, 1992 cit. en Goldberg, 1993).

Amenorragia o Menstruación Excesiva

Los resultados en amenorragia, muestran un porcentaje de 56% de pacientes con amenorragia, un 28 % en pacientes con amenorrea o la ausencia anormal del flujo de la menstruación y un 29% de pacientes de un

grupo control, que experimentaron un evento de vida estresante alrededor de un año anterior al episodio. (Harris, 1989 cit. en Goldberg, 1993).

Esclerosis Múltiple

De manera general, se han encontrado resultados que hablan de que la presencia de una enfermedad orgánica no está relacionada con eventos de vida estresantes, en el caso de la Esclerosis Múltiple (EM), esto es diferente ya que en un estudio realizado por Grant y McDonald, Patterson & Trimble, (1989) se entrevistó a pacientes que años atrás presentarían la EM. Entre los pacientes, el 62% reportaron haber tenido un evento fuerte de vida 6 meses anteriores a la presencia del problema, comparados con un 15% del grupo control. También se encontró una diferencia importante entre el grupo control y los pacientes con EM en cuanto a relaciones interpersonales, especialmente amistad y los problemas del hogar.

Es importante mencionar que los pacientes de EM pudieron asociar de manera errónea un evento de vida estresante a la presencia de la enfermedad debido al largo periodo de tiempo que pasó entre el hecho y la recolección de datos. Sin embargo, los autores mencionan que de repetirse los hallazgos, podrían estar envueltos diferentes mecanismos en la EM comparada con el daño al miocardio o los ataques al corazón, así como la artritis. También se menciona que los eventos de vida estresantes pueden estar relacionados con cambios en el sistema inmunológico del paciente con EM, pero los autores se limitan a decir que esto aún tiene que ser comprobado directamente. (Grant, et al.1989 cit. en Goldberg, 1993).

Factores de riesgo relacionados a la EM.

Grant y cols. (1989) señalan que existen al menos dos factores que juegan un rol importante en la determinación de la vulnerabilidad a la EM: La exposición a un agente medioambiental en la juventud del paciente, lo cual ocurre regularmente en climas y temperaturas muy frías. Posiblemente, el evento de vida estresante precipite el episodio de EM mediante la reducción de la tolerancia inmune (Irwin, Patterson, Smith, Caldwell, Brown, Gillin & Grant 1990). Aunque este estudio no midió la presencia de un episodio de Depresión durante la presencia del periodo de MS, este factor pudo ser importante de cualquier forma debido a que muchos de los pacientes han experimentado un evento de vida estresante y la depresión está asociada con la reducción de la tolerancia inmune (Irwin et al., 1990).

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE SUCESOS ESTRESANTES PARA DIFERENCIAR LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS DE AQUÉLLAS QUE NO LO SON

El siguiente capítulo, se desarrolló con el fin de exaltar la Importancia del estudio de los Sucesos de Vida Estresantes como factores predisponentes en el desarrollo de trastornos Psicofisiológicos. Como veremos a continuación, a lo largo de la historia han existido diferentes concepciones y formas de abordar el proceso de enfermedad, mismas que además, han obstaculizado de alguna manera la adecuada identificación de los trastornos presentes en los pacientes que acuden a consulta. Debido a la presencia de problemas, simplemente en la fase de identificación del trastorno debido a la errónea concepción de las diferentes "partes" que conforman al ser humano, encontramos consecuencias negativas principalmente en la asignación de un tratamiento adecuado para manejar dichos trastornos. Por otro lado, al no poder identificar adecuadamente los factores que predisponen a cierta enfermedad, nos encontramos ante una inminente incapacidad de prevenirla.

Paul Chauchard menciona que el percibe que el enfermo, se presenta frente al médico con su sufrimiento y enfermedad, para enfrentarse a un análisis riguroso e impersonal, casi veterinario, que trata de revelar el defecto de un órgano, una lesión, de precisar la causa. En ese momento se llega a la terapéutica obligada, que se desenvuelve automáticamente. La complejidad de los medios técnicos requeridos por el diagnóstico, conduce

a la multiplicidad de los especialistas, tanto que el paciente tiende a ser estudiado en partes separadas (Chauchard, 1972).

Esta actitud, en apariencia lógica, parece el objeto normal de los esfuerzos de la medicina científica y ha llevado a un cuadro satisfactorio de las lesiones orgánicas que se producen específicamente en las diversas enfermedades, dando como resultado tratamientos apropiados, causa de resonantes éxitos. Pero en razón de este mismo éxito, se ha observado que numerosos problemas orgánicos permanecen inexplicables por éste método; problemas a los que el paciente atribuye, con razón, una gran importancia, mientras que la medicina clásica no solamente les restaba importancia, sino que los consideraba desdeñables, hasta el punto de negarles el rótulo de "verdadera enfermedad"; meros problemas funcionales, que no comportan lesiones ni daños específicos calificados como "nerviosos". De modo que se trataba especialmente de diagnosticar la enfermedad orgánica, para la que se reservaba todos los recursos, diferenciándola de la afección nerviosa, considerada como menospreciable (Chauchard, 1972).

El sentido peyorativo que acompaña a estos trastornos funcionales deriva de la histeria, enfermedad en la que se manifiestan con máxima intensidad, pues es una neurosis que como ya lo observara Sydenham en 1682, imita a casi todas las enfermedades (Chauchard, 1972). El estudio científico que realizó Charcot, hacia fin del siglo XIX, dio origen a dos corrientes opuestas. Por un lado, Babinski rindió un gran servicio a la neurología, distinguiendo las verdaderas enfermedades nerviosas, con lesiones del sistema nervioso, de los trastornos funcionales de la histeria,

provocables y curables por sugestión, contribuyendo así a acrecentar la suspicacia médica contra esta enfermedad, que impide fiar de un enfermo que aumenta, conscientemente o no, sus trastornos de tal modo que lleva a reputárselos imaginarios. Por otra parte, Freud, fundador de la doctrina psicoanalítica, determinó el origen de las perturbaciones orgánicas de la histeria en el psiquismo inconsciente y renovó, a espaldas de la medicina común el interés por esta afección, al mismo tiempo que, sobrepasando su cuadro clínico, estableció la sintomatología orgánica de las neurosis.

Paralelamente, comenzó a constituirse una fisiología psicósomática; se conocía la regulación nerviosa visceral, dirigida por el sistema nervioso simpático; las investigaciones de Cannon sobre los trastornos funcionales desencadenados por este sistema sobre las emociones; los de Pavlov sobre reflejos condicionados; el origen nervioso de la úlcera estomacal, evidenciado por Cushing; las observaciones de Leriche, que mostraban el origen de lesiones en perturbaciones de orden nervioso de la vascularización. Todo ello debía conducir a los médicos a una visión más completa del organismo y sus trastornos, volviendo así a Claude Bernard, quien afirmó siempre que fisiólogos y médicos "nunca deberían olvidar que el ser viviente es un organismo y una individualidad" (Chauchard, 1972).

La revolución de Estados Unidos en 1935, con la aparición del libro de H. Flanders Dunbar, hizo posible que la medicina científica se reuniera con la tradición humanista, precisamente en el país donde más se había especializado la medicina y donde el tratamiento del enfermo agudizaba más el enfoque parcializado de la enfermedad. El movimiento psicósomático se desarrolló mejor aún, en tanto que se reveló más económico, pues

reemplazó terapéuticas quirúrgicas costosas e inútiles por una simple psicoterapia. No se trataba, más que del redescubrimiento de la interacción entre lo físico y lo moral, que los verdaderos médicos siempre se guardaron a olvidar. Sin embargo, los trastornos funcionales, llamados nerviosos, dejaron de ser minimizados, se reconoció que, a menudo, eran responsables de "verdaderas" enfermedades orgánicas, como precursores.

Al lado de la medicina de los trastornos específicos, comienza a constituirse una medicina de los equilibrios orgánicos globales, que comprende al individuo en su totalidad y por lo tanto, otorgan verdadera importancia a la psicología humana, teniendo en cuenta particularmente el factor social, la adaptación o inadaptación social, importante fuente de desequilibrios psicósomáticos. Es preciso que cada especialista desvíe su atención exclusiva por el órgano específico hacia la totalidad del organismo pensante, que la técnica ya no le haga olvidar al enfermo, así los trastornos funcionales llamados enfermedades nerviosas dejarán de ser devaluadas. (Chauchard, 1972)

Pero existen una serie de factores importantes en la identificación de los trastornos psicósomáticos. Chauchard menciona que el análisis del origen de los trastornos exige un profundo conocimiento, no solamente de las condiciones actuales de vida, sino de todo el pasado del enfermo, pues es importante develar los factores de su carácter que condicionan su respuesta al medio actual. No es que se revivan conflictos infantiles, sino que el enfermo se conduce tal como ha sido moldeado en el transcurso de la educación (Chauchard, 1972). Además el autor explica que el diagnóstico psicósomático exige la previa eliminación del trastorno orgánico proveniente

de una lesión específica y por otra parte, el estudio psicológico revelará si existe o no el trastorno que llama "neurosis".

Enfermedades psicósomáticas y enfermedades no nerviosas

Chauchard considera que el diagnóstico de una afección orgánica clásica, sin implicación directa del sistema nervioso (cardiopatías, un tumor canceroso, una infección orgánica como apendicitis, neumonía o intoxicaciones, etc..) en cierto número de casos, es relativamente sencillo de hacer. Sin embargo piensa que el diagnóstico será más a menudo dudoso ya que el campo psicósomático, presenta numerosas afecciones que según el especialista consultado demostraría un doble origen: neurógeno y visceral (Chauchard, 1972). Ello no significa ningún error de diagnóstico, sino el hecho de que, efectivamente está en juego una doble causalidad. En la úlcera estomacal intervienen numerosos factores periféricos, y la emotividad no es más que un factor suplementario que puede llevar al desencadenamiento. En la anorexia grave se han podido invocar insuficiencias hipofisarias; un corazón enfermo sería más sensible a las perturbaciones emotivas. La enuresis, el hecho de que un niño continúe sin poder controlar la orina nocturna a una edad en que la limpieza debe ser de rigor, tiene un determinismo muy complejo que entraña un factor psicológico preponderante, como lo demuestra su desencadenamiento por diversos conflictos, por ejemplo, celos inconscientes, pero también pueden intervenir numerosos factores de desequilibrio orgánico y hormonal.

También existen las denominadas alergias, en que el organismo sensibilizado a una sustancia específica responde de diferentes formas: asma, jaqueca, urticaria, fiebre, etc. El papel de la sensibilización está demostrado, aunque no cabría negar la influencia hereditaria, si bien la medicina psicosomática reclama este terreno. Puede comprenderse como sobre un terreno hereditario, el desencadenamiento del umbral de sensibilidad a un agente específico dependerá del sistema nervioso, según Chauchard, un condicionamiento (la sensibilización actúa por irritación simpática, así la irritación preexistente acrecentará, por lo tanto, la sensibilidad e igualmente la predisposición hereditaria) (Chauchard, 1972).

Actualmente, existen otro tipo de enfermedades muy comunes en la población, como la depresión y la ansiedad, estudiadas ampliamente y reconocidas como problemas psicológicos que influyen en el estado físico de los pacientes. Es por esto que en la siguiente parte, se tratará de explicar la importancia en nuestros días, de la investigación de los trastornos Psicofisiológicos desde el punto de vista del estudio de factores psicológicos que predisponen al desarrollo de la ansiedad y depresión.

Valdés, propone una hipótesis acerca de los padecimientos Psicofisiológicos y la importancia de detectarlos y tratarlos a tiempo, a su vez habla de alteraciones como la depresión y la ansiedad que provocan cambios afectivos, o cambios emocionales. Explica que las emociones tienen correlatos fisiológicos, es decir, la emoción modifica variables tan diversas como la tensión arterial, el ritmo cardíaco, respiratorio, la motilidad gastrointestinal, función secretora renal, las funciones sexuales, etc. Es así como se explica que, cualquier alteración del cerebro sin la presencia de

agentes externos justificantes, puede ocasionar la aparición de estos correlatos fisiológicos, que son propios de la emoción, pero para el sujeto serán incomprensibles, puesto que falta la señal o el símbolo externo que los ha desencadenado. Por otra parte, muchas de estas señales tienen en sí mismas un valor, un mensaje alarmante o amenazante, como el aumento de la frecuencia cardíaca, que puede ser simplemente una respuesta normal frente a la emoción, pero es vivida por el sujeto como algo amenazante, como una señal de que su corazón no anda bien, lo que incrementa la ansiedad y la emoción que van a revertir de una manera viciosa en la génesis, mantenimiento y patogenia de este tipo de síntomas. El síntoma, la señal, da lugar a una mayor activación del sistema emocional y, por tanto, a un progresivo deterioro de los nuevos sistemas de regulación que se habían puesto en marcha para contrarrestar los efectos distorsionadores de la primera alteración. El mecanismo se complica y esto hace que cuando el enfermo acude a la clínica, los síntomas sean ya prácticamente irreconocibles y haga falta iniciar un estudio a fondo de tipo fisiológico para poder explicar la aparición de un síntoma tan grave como el que muchos de estos enfermos presentan. (Valdés, 1983).

Para explicar la ansiedad y cómo ésta afecta al organismo, el autor enfatiza la necesidad de distinguir como primer paso entre dos conceptos: miedo y ansiedad. Para explicar el miedo, es fundamental entender que el organismo humano nace con miedos específicos, incorporados con el propio bajaje genético y compartidos con otras especies: miedo a la novedad, miedo a la oscuridad, a los estímulos intensos, al dolor (Gray, 1971 cit. en Valdés 1983). Este tipo de miedos son biológicamente útiles y persisten a lo largo del tiempo. Aunque se pueden aprender mecanismos de

adaptación ante estos estímulos, tan pronto como aparecen acontecimientos excepcionales (accidentes, extravíos, etc...) la conducta de miedo reaparece y se manifiesta de manera muy variada. Por otro lado, existe el concepto de la ansiedad, que el autor entiende como las respuestas de miedo biológicamente adaptativas, si se dan dentro de ciertos límites. Así, describe lo que llama una conducta ansiosa normal, la cual es incluso necesaria para la ejecución óptima de muchos comportamientos: Se ha podido demostrar que el rendimiento en tareas humanas mejora cuando los niveles de ansiedad son moderados y en función de diferencias individuales (Eysenck, 1967 cit. en Valdés, 1983). Pero también puede surgir otro tipo de conducta ansiosa continua y excesiva, que incluso interfiere en el rendimiento del sujeto y se denomina conducta ansiosa anormal. Los humanos presentan frecuentemente respuestas de ansiedad excesivas y continuas, de tal manera que pueden llegar a comprometer el ritmo normal de su comportamiento.

Las descripciones de la **conducta ansiosa patológica**, difieren del patrón de conducta de miedo normal: (Woodruff y col 1974; Tinklenberg, 1977 cit. en Valdés, 1983). 1. En *intensidad* de respuesta ya que hay una respuesta de miedo excesiva. 2. En el *estímulo desencadenante*, ya que la conducta ansiosa anormal, se produce sin ninguna relación aparente con antecedentes específicos, a diferencia del miedo o una respuesta normal que se produce en reacción a un estímulo o situación identificables con mayor o menor precisión. Además, la conducta ansiosa patológica se acompaña casi siempre de sintomatología física, que puede traducirse en trastornos fisiológicos persistentes. (por ejemplo: taquicardia, trastornos gastrointestinales, dolores musculares, migrañas, etc), los cuales

acostumbran motivar la consulta a un profesional médico. Aquellas manifestaciones fisiológicas de la ansiedad pueden ir más allá de la simple acentuación de los correlatos fisiológicos de la conducta de miedo y pueden enlazar la ansiedad anormal con los trastornos Psicofisiológicos.

El sujeto catalogado clínicamente como ansioso responde a un patrón típico de descripción (Woodruff y col. 1974 cit. en Valdés, 1983): 1. Sensaciones subjetivas de amenaza,, aprensión, temor, incertidumbre, desasosiego, en general sensaciones vagas y no referidas a ningún antecedente concreto o específico. 2. Molestias físicas de muy diversa índole: palpitaciones, taquicardias, trastornos gástricos o intestinales, migrañas, vértigos, mareos, dolores torácicos o dolores en la espalda, insomnio, astenia, etc. 3. Conducta externa observable, menos explícita pero normalmente tipificable ante situaciones muy variadas: vacilaciones, dudas o titubeos motores , temblor, tartamudeo, carraspeos, etc.

Ha sido imposible distinguir entre las manifestaciones psicofisiológicas de la conducta normal (miedo) y las de la conducta ansiosa anormal (Lader, 1975, cit. en Valdés, 1983). Parece ser que no existe ninguna diferencia cualitativa y que todo se reduce a una intensificación y generalización de las respuestas psicofisiológicas (Lader, 1975 cit. en Valdés, 1983). El patrón de respuestas psicofisiológicas observadas en conducta ansiosa se ha estudiado en forma extensa, y es bastante consistente (Lader, 1975; Grigs y Dawson, 1978 cit. en Valdés, 1983).

Aunque no pueda llegarse de momento a establecerse una descripción específica de la ansiedad mediante el patrón de medidas psicofisiológicas, de manera tal que la distinga con nitidez de otros trastornos, los datos de conjunto son extremadamente útiles y abren camino para profundizar el nivel de análisis. En éste tipo de datos se desprende que en los individuos clasificados clínicamente como ansiosos, se observa una activación fisiológica general. Ello tanto por lo que se refiere a la actividad periférica bajo el control preponderante del sistema nervioso vegetativo (actividad electrodermal, ritmo cardíaco, presión arterial, etc.) como para la actividad más dependiente del funcionamiento del sistema reticular activador (actividad electroencefalográfica y electromiográfica). Y ello también se mantiene para determinados niveles plasmáticos hormonales o de sustancias bajo control hormonal (Ursin y col. 1978, cit. en Valdés, 1983). Los individuos ansiosos están hiperactivados, tanto en situaciones de reposo como en situaciones de estimulación.

Finalmente, se espera que la presente búsqueda de información logre esbozar la importancia que los sucesos estresantes y los factores psicológicos tienen en el estudio de las enfermedades psicosomáticas, al ejercer una influencia directa sobre la aparición y desarrollo de dichos trastornos. Por una parte se trata de comprender el correlato fisiológico que existe con las emociones y las enfermedades psicosomáticas como consecuencia de la experiencia de diversos sucesos estresantes. Por otra parte, se trata de englobar en este análisis diversos factores psicológicos que contextualizan el efecto de sucesos de vida estresantes sobre los individuos. Así, el estudio de las formas de afrontamiento y apoyo social del sujeto, así como el tipo de sucesos y el momento en que estos ocurren, nos

dibujan un marco que hacen más integral el estudio de los trastornos psicosomáticos.

Así como en éste trabajo se trató de conjuntar diferentes elementos que ayudaran a una mejor comprensión del tema, es necesario que en la práctica diaria de los profesionales de la salud, se trabaje de una forma mucho más integral a los pacientes que acuden a consulta. Tanto para los psicólogos como para los médicos, es importante conjuntar los aspectos biológico, psicológico y social que conforman al ser humano y abordar sus problemáticas desde una perspectiva multidisciplinaria que no nos limite en el tratamiento de la salud, debido a la naturaliza de nuestras especialidades.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dados los antecedentes mencionados en el marco teórico, se observa la necesidad de encontrar una alternativa para identificar adecuadamente los factores de riesgo que puedan predisponer al desarrollo de problemas en la salud originadas por un nivel alto de estrés como el que los adultos viven actualmente. Ya sea por medio de la piel, el sistema gastrointestinal o el sistema inmunitario las personas expresan problemas en su salud, producto del estrés cotidiano. Por otra parte, estas repercusiones en la salud, nos muestran una dificultad para lidiar con sucesos estresantes de todo tipo, pareciendo que el nivel de estrés que se vive no solamente afecta nuestra psicología sino nuestro cuerpo.

Comprendiendo entonces, el correlato fisiológico de los sucesos de vida y las enfermedades psicosomáticas, resulta por demás práctica, la utilización de Instrumentos de medición tales como el Instrumento Sucesos de Vida para Adultos, que nos permite la identificación oportuna de factores de riesgo que hacen vulnerables a los sujetos para que desarrollen alguna enfermedad de tipo psicosomático, producto del estrés. Estudiando el estrés por medio de este instrumento, nos permitirá no solo medir, sino contextualizar la enfermedad al

identificar los factores de riesgo presentes en el sujeto con alguna enfermedad psicosomática.

Debido a lo anteriormente mencionado, el presente trabajo se basó en el planteamiento del siguiente problema:

¿Se encontrará la presencia de un mayor número de Sucesos de Vida Estresantes, en un grupo de personas con enfermedades psicosomáticas que en un grupo de sujetos que no las presenta, utilizando como herramienta el Cuestionario Sucesos de Vida para Adultos?

OBJETIVO GENERAL

Este trabajo tuvo como finalidad identificar, por medio del Cuestionario Sucesos de Vida, los Sucesos Estresantes en la vida de los sujetos, que pudieran predisponerlos a presentar algún tipo de enfermedad psicosomática como consecuencia de haberlos experimentado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar la frecuencia de ocurrencia de sucesos en general entre ambas muestras por medio de un análisis estadístico para saber si existe un mayor número de sucesos de vida estresantes en una muestra normal que en una muestra clínica.

Realizar un procedimiento estadístico llamado análisis factorial que permita agrupar datos en ciertos factores o áreas, con el fin de facilitar el estudio de diferentes sucesos de vida y por lo tanto enriquecer diferentes comparaciones que se pretenden hacer.

Una vez obtenido el análisis factorial, comparar los tres diferentes grupos de sujetos con enfermedades psicosomáticas dentro de la muestra clínica, e identificar si existen ahora, diferencias dentro de estos tres grupos en cuanto a los sucesos de vida estresantes agrupados en los factores encontradas en el análisis factorial.

Identificar dentro de la muestra clínica, diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al tipo de sucesos estresantes que presentan en relación a los factores.

Comprobar la Confiabilidad del Instrumento Sucesos de Vida para Adultos por medio de un Alpha de Cronbach.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hi. Se encontrará un mayor número de Sucesos de Vida estresantes en un grupo de sujetos con enfermedades psicosomáticas que en un grupo que no las presenta, utilizando como herramienta el Cuestionario Sucesos de Vida para Adultos

Ho. No se encontrará un mayor número de Sucesos de Vida estresantes en un grupo de sujetos con enfermedades psicosomáticas que en un grupo que no las presenta, utilizando como herramienta el Cuestionario Sucesos de Vida para Adultos

Hi. Existen diferencias entre los 3 grupos de sujetos con diferentes enfermedades psicosomáticas (Dermatitis, Colon Irritable y Lupus), dentro de la muestra clínica, en cuanto a los Sucesos de Vida que presentan.

Ho. No existen diferencias entre los 3 grupos de sujetos con diferentes enfermedades psicosomáticas (Dermatitis, Colon Irritable y Lupus), dentro de la muestra clínica, en cuanto a los Sucesos de Vida que presentan.

Hi. Existen diferencias entre hombres y mujeres de la muestra clínica en relación a los Sucesos de Vida Estresantes que presentan.

Ho. No existen diferencias entre hombres y mujeres de la muestra clínica en relación a los Sucesos de Vida Estresantes que presentan.

VARIABLES

Variable Independiente

Sucesos de Vida que impactan de manera negativa en el individuo.

Definición Conceptual:

Sucesos: Hecho o acontecimiento ocurrido recientemente. (Luigi, 1987)

Definición Operacional

Hecho o acontecimiento ocurrido recientemente, identificado por el propio sujeto con base en las respuestas reportadas en el Instrumento Sucesos de Vida Adultos, desarrollado por Lucio et.al. (1996) para poblaciones mexicanas, tomando como base algunos aspectos del de Butcher (1992). En el cual el sujeto identifica algún evento que le haya sucedido recientemente (hasta un año antes de la fecha de la aplicación) y al cual ubica como positivo, negativo e indiferente con respecto a como lo haya vivido; dichos eventos pueden ser desde problemas económicos hasta pérdidas de amigos y familiares.

Variable Dependiente

Presencia de algún tipo de Enfermedad Psicosomática tales como Lupus, Colon Irritable o Dermatitis.

Definición Conceptual

Se da el nombre de Trastornos Psicofisiológicos o psicosomáticos a los síntomas físicos que no proceden de una causa orgánica obvia y en los que la tensión emocional desempeña una función de primer orden. (Salomón, 1976).

Definición Operacional

Cuando el sujeto manifieste tener alguna de las siguientes enfermedades psicosomáticas: Lupus, Colon Irritable o Dermatitis debido a un diagnóstico previo.

PARTICIPANTES

La muestra normal con la que se trabajó, estuvo conformada por 418 participantes (profesionales de diferentes áreas aspirantes a docentes a un nivel medio superior), que no presentaran características relacionadas con los Trastornos Psicofisiológicos investigados en este trabajo. Las edades de estos sujetos fluctúan entre los 21 y 69 años de edad, de a ambos sexos. El número de sujetos en la muestra normal fue mayor que los de la muestra clínica, una proporción de 3 a 1 aproximadamente, debido a que se pretendió, lograr la mayor representatividad posible en los resultados de este estudio.

La muestra clínica, estuvo compuesta por 131 casos de personas que padecen alguna enfermedad de origen psicosomático, ya sea: Lupus, Colon Irritable o Dermatitis. Las edades de estos sujetos fluctúan entre los 18 y 78 años de edad, de ambos sexos.

MUESTREO

El tipo de muestreo para el grupo clínico fue *no probabilístico, intencional por cuota*. pues de acuerdo con las características del estudio, los sujetos

debían presentar alguna enfermedad psicosomática que nos ayudara a identificar posibles factores de riesgo comunes en dicha población. (León, 1997).

Para el grupo normal, el muestreo es no probabilístico e intencional ya que estos sujetos no debían presentar enfermedades de tipo psicosomático para poder pertenecer al grupo.

TIPO DE ESTUDIO

En esta investigación se realizó un estudio comparativo, para identificar, si hay diferencias entre los Sucesos de Vida de la muestra que presentó algún tipo de enfermedad psicosomática y la muestra que no presentó dicha problemática. Para ello se realizó un análisis estadístico llamado prueba t, modelo matemático utilizado para hacer comparaciones entre 2 grupos.

DISEÑO

El diseño utilizado en esta investigación es un diseño *No experimental*, ya que no se pretendió manipular las variables deliberadamente, debido a que la naturaleza de estas es tal que excluye la manipulación (Kerlinger, 1998). Además de tratarse de un diseño *Ex Post Facto*, al basarse en la medición previa de variables relevantes cuyos datos ofrecen variabilidad intergrupos (Hernández, 1994). Esto debido a que el objetivo de esta investigación fue identificar factores de riesgo y comparar la influencia de variables como los sucesos de vida estresantes sobre la población que presentó alguna enfermedad psicosomática.

INSTRUMENTOS

Cuestionario Sucesos de Vida para adultos.- Instrumento por medio del cual se pueden detectar ciertos acontecimientos estresantes en el individuo así como la valoración que el mismo sujeto hace de ellos. Elaborado con la finalidad de detectar ciertos acontecimientos estresantes en el individuo que pueden desencadenar problemas posteriores, además de servir como un instrumento de prevención de problemas en diferentes áreas en la vida del individuo con base en la detección de factores de riesgo. (Lucio y Durán, 2003). **(ANEXO 1)**

Forma de calificación. El Instrumento Sucesos de Vida para adultos no cuenta actualmente con una forma de calificación en particular. Solamente este cuestionario en su versión posterior para adolescentes cuenta con una forma de calificación, por medio de un programa de computación que obtiene porcentajes de ocurrencia de sucesos de vida agrupándolos en distintas áreas. Por otro lado, siendo que el Instrumento para adultos es una primera versión, originalmente se toman en cuenta el número de sucesos ocurridos de acuerdo a la percepción cognoscitiva que el sujeto hace de los mismos, es decir, si estos sucesos fueron positivos, negativos o indiferentes en su vida. Sin embargo, en este trabajo en particular los sucesos se agruparon por fines prácticos en una categoría general de OCURRIÓ o NO OCURRIÓ (no importando si el suceso fue positivo, negativo o indiferente según la percepción del sujeto), así la forma de calificación para la versión de adultos se trabajó, tomando en cuenta el número de ocurrencia de sucesos y agrupándolos en factores.

Factores o Subescalas. Antes de esta investigación, el Instrumento Sucesos de Vida para Adultos, solo contaba con ciertas áreas para agrupar los 36 reactivos (Gallegos, 1998). Estas áreas fueron designadas por un

procedimiento de Jueceo, sin embargo cuando se intentó trabajar con dichas áreas, estas no permitieron obtener datos significativos debido a que no contaban con un procedimiento estadístico de base. De esta manera se decidió, obtener Factores por medio de un Análisis Factorial para agrupar los reactivos, con el fin de facilitar los análisis posteriores a este procedimiento.

Validez y Confiabilidad. Esta primera versión del Cuestionario Sucesos de Vida para Adultos no contaba con un procedimiento de Validez o Confiabilidad antes de esta investigación, ya que solamente la versión posterior para adolescentes contaba con dichos procedimientos. Sin embargo, para fines de esta investigación se trató de profundizar en estos aspectos. Se trabajó la Confiabilidad por medio de un Alpha de Cronbach del cual se obtuvo una Confiabilidad de .84. Por otra parte, aunque no se trabajó directamente la Validez, se encontró con base en las respuestas obtenidas, que la mayoría de los reactivos discriminan, es decir, diferencian, el tipo de respuestas que dan los sujetos del grupo clínico y los del grupo normal, confirmando así, la Validez del Instrumento.

PROCEDIMIENTO

1. El procedimiento que se llevó a cabo comenzó con la aplicación del Cuestionario Sucesos de Vida a la muestra normal compuesta por un total de 474 sujetos. Así como a la muestra clínica, compuesta por 168 casos de personas que padecían alguna enfermedad psicosomática anteriormente descrita.
2. Como siguiente paso se realizó un filtro en la muestra normal, por medio del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota 2 (MMPI-2). Con el fin de identificar a los sujetos que presentaban síntomas de algún tipo de enfermedad psicosomática para excluirlos de la muestra. Este procedimiento se realizó por medio de la detección de un nivel alto en la puntuación de las escalas de Hipocondriasis (Hs) y/o salud (Sau), consideradas directamente relacionadas con los padecimientos que se estudian en esta investigación.
3. A continuación detallaremos las características de dichas escalas: La escala 1 o también llamada **Hipocondriasis (Hs)** consta de 30 reactivos, donde los sujetos que tienen puntuaciones altas, pueden presentar ciertas características que se deben analizar en conjunto con la historia y antecedentes de cada sujeto. Dentro de dichas características, se encuentra una gran preocupación por la salud, exageración de los

problemas físicos o quejas múltiples. (Lucio, 1994). Se puede encontrar que este tipo de personas muestren diversidad de síntomas como pueden ser: dolor e inflamación en alguna parte del cuerpo, agotamiento físico, distensión abdominal, etc. Además de la escala 1, se utilizó la escala de **Salud (Sau)**, la cual consta de 36 reactivos y evalúa la somatización en general. Las personas que obtienen puntuaciones altas en esta escala presentan síntomas corporales como dolor, distensión abdominal, náuseas, estreñimiento, vértigo, desmayos, problemas de la piel, etc. (Lucio y Ampudia, 1995).

4. Se trabajó con los reactivos que conforman ambas escalas, tratando de encontrar cualitativamente, los que estaban directamente relacionados con los síntomas característicos de los Trastornos Psicofisiológicos tratados en esta investigación. Así también, se realizó una tabla, que indica los reactivos de ambas escalas y que según las características encontradas en la revisión bibliográfica, se relacionan con los padecimientos anteriormente mencionados. Además de mencionar el (los) trastorno(s) a que se relaciona directamente (**ANEXO 2**).

Después de una comparación entre los reactivos y la revisión bibliográfica, se decidió dejar en la escala de Hipocondriasis, 13 reactivos, mismos que están dentro de los 16 reactivos finales de la escala de Salud, por lo que en total quedaron 16 reactivos que formarán parte importante en el proceso de exclusión de casos en la muestra normal. Partiendo del supuesto de que cada individuo presentaría diferentes problemas en cuanto a las escalas de Salud e Hipocondriasis, se contó con un parámetro a partir del cual, se tomaron en cuenta las puntuaciones por encima de

éste y así, dichos casos fueron considerados como candidatos a exclusión. Esto significa, que los casos que presentaron niveles por encima del parámetro mencionado, fueron excluidos para el propósito de esta investigación, debido a sus altos niveles de somatización. Sin embargo, una puntuación que supere dicho parámetro en alguna de las 2 escalas o en ambas, no es suficiente para excluir un caso de la muestra, debido a que como hemos señalado anteriormente, las escalas tomadas en cuenta, constan de 30 (Hs) y 36 (Sau) reactivos, pero en ésta investigación únicamente se utilizarán los 16 reactivos que consideramos, que de acuerdo a la revisión bibliográfica, describen los síntomas característicos de los trastornos a tratar.

5. Así, se procedió a realizar un análisis cualitativo con cada uno de los 474 casos a través de los 16 reactivos escogidos, con el fin de encontrar los casos que debían ser excluidos:
- Como primer paso, se identificó en cada caso, la dirección en que, según las indicaciones de la prueba, se “esperaba” fuera contestado el reactivo, es decir, V ó F según las características de la persona.
 - De acuerdo con esto, se identificó la forma en que cada sujeto había contestado a los reactivos de la prueba y se comparó la dirección de la respuesta obtenida, con la dirección de la respuesta indicada en el manual del MMPI-2. Si ambas coincidían, significaba que estaban relacionadas con complicaciones en ambas escalas. Por otro lado, si el sujeto respondía el reactivo en

una dirección diferente a la indicada en el manual, significaba que no se había presentado dicha característica relacionada con problemas en las escalas de Salud e Hipocondriasis en el sujeto.

- En base a si la dirección de la respuesta obtenida, coincidía o no con la de la respuesta "esperada", se puntuó cada caso como 1 ó 0. Por ejemplo, en el reactivo 18: *Sufro de ataque de náusea y vómito*, que tiene una dirección V (verdadero), si la persona responde V, en la misma dirección de la respuesta esperada, puntúa como 1, si responde F(falso), en dirección contraria, puntúa 0.

Cabe mencionar que, con fines de realizar éste análisis cualitativo, utilizamos como referencia la Calificación T, de ambas escalas, obtenida previamente mediante un análisis estadístico. Tomando en cuenta un parámetro que indicara cuando una puntuación estaba por encima de lo que comúnmente ocurre, encontramos en el manual del MMPI-2 que para Hs este parámetro corresponde a una Calificación T de 41 a 55. Por lo que en esta escala, tendrán puntuación alta, los casos que presenten una Calificación T de 56, relacionada con una elevación moderada según el manual y que indica se pueden presentar desórdenes orgánicos específicos, así como que la persona puede quejarse continuamente, ser irritable, o inmaduro, tener un excesivo interés o preocupaciones por la salud, el peso y el funcionamiento corporal. (Lucio, 1994).

Es importante recalcar que, además del nivel Bajo (40 o menos), el nivel Medio(41 a 55) y Moderado (56 a 65), existe el nivel Alto (66 a 75) y el Muy Alto (76 o más). Para la escala de Salud (Sau), utilizamos como parámetro, o indicador de una elevación por encima de lo común, una puntuación t de 65 que regularmente indica el límite entre el Nivel moderado y el Alto en las demás Escalas de la prueba.

6. Con base en lo anterior, se procedió a trabajar en el programa de SPSS con el archivo de la muestra normal. Identificando aquellos casos donde la Escala Hs, tuviera una Puntuación T mayor a 65, así como los casos donde la Escala Sau, presentara una puntuación mayor a 65.

7. Como base del proceso de exclusión, se acordaron ciertos **critérios de exclusión** a seguir, después de la identificación de las puntuaciones T. Así, los principales *critérios de exclusión* que tomamos en cuenta para dicho procedimiento, los cuales están elaborados en base a los objetivos de esta investigación, son los siguientes:
 - **PRIMERO:** Que el caso presente una frecuencia alta de coincidencia en cuanto a la dirección de los 16 reactivos seleccionados de las escalas Hs y Sau. (de 4 en adelante)

 - **SEGUNDO:** Que al menos exista 1 de los reactivos estrechamente relacionados con los síntomas de los Trastornos Psicofisiológicos

estudiados en la presente investigación (Lupus, Dermatitis y Colon Irritable). Aunado a una elevación importante de alguna de las escalas (encima de 56 para Hs y de 65 para Sau).

- *TERCERO*: Que el caso presente una Puntuación T elevada en ambas escalas (Por encima de 56 para Hs y por encima de 65 para Sau).
8. Una vez que se excluyeron todos los casos y se terminaron de organizar las muestras, finalmente y se obtuvieron 418 casos para la muestra normal y 131 casos para la muestra clínica, se trabajó directamente con el Instrumento Sucesos De Vida para Adultos con el fin de obtener la Confiabilidad de sus reactivos.

Este procedimiento se realizó por medio del índice de Confiabilidad Alpha de Cronbach, resultando un .84 de confiabilidad de la muestra total, es decir de ambas muestras. Dicho procedimiento se llevó a cabo, debido a que solamente la versión para adolescentes del Cuestionario Sucesos de Vida, cuenta con el análisis de Confiabilidad anteriormente mencionado. Este procedimiento fue básico para poder trabajar con las muestras y que el cuestionario pudiera ser considerado como un instrumento confiable para ello.

9. Se realizó un análisis de frecuencias de las 2 muestras, con el fin de observar lo qué habían contestado los sujetos a cada reactivo y encontrar posibles diferencias entre ambas muestras, específicamente un mayor número de sucesos en la muestra clínica que en la normal. Con el

fin de facilitar la comprensión de la forma en que se agrupaban los reactivos, se procedió realizar un Análisis Factorial. Resultando que un grupo de 7 reactivos presentaban una comunalidad baja con otros, es decir tenían una comunalidad menor a .4, por lo que fueron eliminados. Así, solo se trabajó con los 29 reactivos restantes en el análisis final de 7 factores.

10. También se obtuvo un Análisis de Varianza para obtener comparaciones múltiples entre grupos, por medio de la Prueba Sheffe y así saber si hay diferencias entre los Sucesos de Vida experimentados por los 3 grupos de sujetos con distintas enfermedades psicosomáticas de la muestra clínica.

11. Finalmente, se aplicó un análisis estadístico denominado Prueba t, en la muestra clínica con el fin de observar diferencias entre ambos sexos en cuanto a los sucesos de vida que presentaron.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de resultados de la presente investigación se obtuvieron Análisis de Frecuencias, Ji cuadrada, Prueba t , Factoriales y un Análisis de Frecuencia por medio del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

Antes de presentar los resultados se consideró necesario mostrar una tabla donde se indiquen las principales características de las muestras con que se trabajó:

DESCRIPCIÓN DE LAS MUESTRAS

	Muestra Normal	Muestra Clínica
Número de Participantes	418	131
Edades	21 a 69 años	18 a 78
Sexo	Ambos Sexos	Ambos Sexos
Número de Mujeres	214	113
Número de Hombres	204	18
Ocupación	Profesionistas	Profesionistas

En la tabla anterior se pueden observar las características principales tanto de la muestra normal como la clínica. Se describen el número de participantes con que cuenta cada muestra, las edades en que fluctúan los sujetos de cada muestra así como la ocupación de los sujetos que de manera general son profesionistas de diversas disciplinas, aspirantes a docentes a un nivel medio superior.

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través del programa SPSS, en tablas descriptivas que indican los porcentajes obtenidos en cuanto a frecuencias de sucesos tanto en la muestra normal como en la muestra clínica. En cada tabla se indica el reactivo o el factor que se está describiendo según sea el caso y la muestra a la que se refiere el análisis.

La tabla 1, muestra el porcentaje de ocurrencia de sucesos de vida negativos en los sujetos, así como una comparación entre ambas muestras y el resultado del análisis denominado Xi cuadrada.

Tabla 1. Porcentaje de Ocurrencia de Sucesos y Xi Cuadrada entre las muestras normal y clínica

RESPUESTA	SÍ ME OCURRIÓ		Xi ²
	Normal	Clínica	
45 MUERTE DE ESPOSO (A)	0	8.3	36.4*
46 DIVORCIO	2.4	5.3	3.09
47 SEPARACIÓN MARITAL	4.7	15.1	17.1*
48 ESTUVO EN LA CÁRCEL	0	15.9	70.7*
49 MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	17.9	22.7	1.7
50 ENFERMEDAD PERSONAL	18.8	65.9	108.3*

51 MATRIMONIO	16.2	15.2	0.04
52 DESPIDO DEL TRABAJO	1.2	6.8	13.4*
53 REENCUENTRO MARITAL	1.6	11.4	25.6*
54 JUBILACIÓN	0.4	9.9	34.2*
55 ENFERMEDAD DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	32.2	29.6	0.24
56 EMBARAZO (SI UD. ES MUJER), EMBARAZÓ A SU PAREJA (SI UD. ES HOMBRE)	14	10.7	0.95
57 DIFICULTADES SEXUALES	3.8	28.8	53.1*
58 UN NUEVO MIEMBRO EN LA FAMILIA	18.1	31	10.6*
59 PROBLEMAS O PÉRDIDAS EN LOS NEGOCIOS	5	13.6	11.7*
60 CAMBIO DE SITUACIÓN ECONÓMICA	29.2	34.9	1.9
61 MUERTE DE UN AMIGO CERCANO	9.6	21.2	13.2*
62 CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL	18.4	25	3
63 CAMBIO DE RELACIONES CON LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA	18.5	28	6
64 SE ENDEUDÓ FUERTEMENTE	3.3	15.2	24.5*
65 INCAPACIDAD PARA PAGAR HIPOTECA O PRÉSTAMO	2.2	4.5	2.2
66 CAMBIO DE RESPONSABILIDADES EN EL TRABAJO	27.3	19.7	2.7
67 UN HIJO O HIJA SE FUE DE CASA	2.6	14.5	27.7*
68 PROBLEMAS CON LOS PARIENTES POLÍTICOS	7.5	17.3	11.8*
69 ALGÚN LOGRO PERSONAL	82	38.6	94.2*

70 ESPOSO(A) ACABA DE EMPEZAR A TRABAJAR	4.2	19	31.4*
71 INICIO O FIN DE LOS ESTUDIOS	31.9	17.4	9.8*
72 CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA	34.4	31.9	0.17
73 PROBLEMAS CON EL JEFE	2.2	11.3	21.3*
74 CAMBIO DE CASA	15	15.9	0.07
75 EXCESO DE TRABAJO	36.9	26.6	3.7*
76 CAMBIO EN EL HÁBITO DE DORMIR	16	32.5	18.2*
77 CAMBIOS DE HÁBITOS ALIMENTICIOS	28	34.1	2
78 HA SIDO ASALTADO O GOLPEADO	16.4	12.8	0.78
79 SUFRIÓ UN ACCIDENTE	5.6	9.2	2.3
80 ESPOSO(A) PERDIÓ EL TRABAJO	1	8.4	20.4*

NOTA: * hace referencia a: $p \leq .05$

Como podemos observar en esta tabla, en la mayoría de los reactivos se observó una diferencia significativa en cuanto a los resultados obtenidos por ambas muestras. Los sucesos estresantes aparecieron en mayor porcentaje en los sujetos de la muestra clínica que en los sujetos de la muestra normal. También se observa una forma diferente de responder los reactivos 69, 71 y 75 por parte de ambas muestras, ya que aquí la muestra normal presenta un mayor porcentaje de ocurrencia de dichos eventos, referentes a un Logro Personal y el Inicio o Fin de estudios o Exceso de Trabajo en los últimos doce meses.

En la tabla 1, también se muestra que se obtuvo la χ^2 , con el fin de encontrar un mayor número de sucesos de vida en la muestra clínica que en la normal, obteniendo que la mayoría de los reactivos presentaban un mayor porcentaje de presencia de sucesos de vida estresantes en la muestra clínica que en la muestra normal. Por otro lado, 15 reactivos no presentaron la diferencia significativa entre ambas muestras: los reactivos 46 (Divorcio), 49 (Muerte de un Miembro de la Familia), 51 (Matrimonio), 55 (Enfermedad de un Miembro de la Familia), 56 (Embarazo si usted es mujer o embarazó a su pareja si usted es hombre), 60 (Cambio de Situación Económica), 62 (Cambio de actividad laboral), 63 (Cambio de Relaciones con los Integrantes de la Familia), 65 (Incapacidad para pagar hipoteca o préstamo), 66 (Cambio de responsabilidades en el Trabajo), 72 (Cambio en las Condiciones de Vida), 74 (Cambio de Casa), 77 (Cambio de Hábitos Alimenticios), 78 (ha sido asaltado o golpeado) y 79 (sufrió un accidente). Sin embargo, solo son 15 de 36, los reactivos que no muestran lo esperado en la primer hipótesis, esto nos habla de que la mayoría de los reactivos (21 de 36) realmente discrimina entre el grupo normal y clínico, en base a sus respuestas.

Estos resultados, a su vez, confirman la Validez del Instrumento que aunque no está dentro de los objetivos planteados por esta investigación puede pasarse por alto, recalcando de esta forma que el instrumento es Válido debido a que los reactivos tienen diferentes respuestas entre los grupos, es decir, discriminan entre ambas muestras. Así también es importante mencionar que el Instrumento no solo es Válido, sino también Confiable, debido a que por medio de un procedimiento estadístico denominado Alpha de Cronbach se obtuvo una **Confiabilidad de .84**.

Los resultados anteriores confirman nuestra primer hipótesis, la cual formula que: Se encontrará un mayor número de Sucesos de Vida estresantes en un grupo de sujetos con enfermedades psicosomáticas que en un grupo que no las presenta, utilizando como herramienta el Cuestionario Sucesos de Vida para Adultos.

Como siguiente paso, se trató de encontrar una forma de agrupar los reactivos y facilitar su análisis, por medio de la obtención de diferentes análisis factoriales con la muestra clínica. Finalmente, se realizó un análisis con la muestra normal donde se obtuvieron 7 factores, en el cual se encontró que algunos de los reactivos tenían una baja comunalidad dentro de los factores (-4) por lo que fueron eliminados. A continuación se presentan estos reactivos:

R52 reencuentro matrimonial
R54 jubilación
R55 enfermedad de un miembro de la familia
R57 dificultades sexuales
R69 algún logro personal
R76 cambio en el hábito de dormir
R78 ha sido asaltado o golpeado

Después de eliminar los 7 reactivos mostrados anteriormente, se corrió nuevamente un *análisis factorial*, obteniendo los resultados mostrados en la siguiente tabla:

Tabla 2. Análisis Factorial que agrupa los reactivos finales en 7 factores

PERSONAL	FAMILIAR	RELACIÓN DE PAREJA	CAMBIOS	PROBLEMAS ECONÓMICOS	ACCIDENTES Y MUERTE	PÉRDIDAS
R48 ESTUVO EN LA CÁRCEL	R49 MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	R46 DIVORCIO	R62 CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL	R59 PROBLEMAS O PÉRDIDAS EN LOS NEGOCIOS	R45 MUERTE DE ESPOSO (A)	R61 MUERTE DE UN AMIGO CERCANO
R50 ENFERMEDAD PERSONAL	R51 MATRIMONIO	R47 SEPARACIÓN MARITAL	R63 CAMBIO DE RELACIONES CON LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA	R64 SE ENDEUDÓ FUERTEMENTE	R77 CAMBIOS DE HÁBITOS ALIMENTICIOS	R80 ESPOSO (A) PERDIÓ EL TRABAJO
R67 UN HIJO O HIJA SE FUE DE CASA	R56 EMBARAZO (SI UD. ES MUJER), EMBARAZÓ A SU PAREJA (SI	R53 REENCUENTRO MARITAL	R66 CAMBIO DE RESPONSABILIDADES EN EL TRABAJO	R65 INCAPACIDAD PARA PAGAR HIPOTECA O PRÉSTAMO	R79 SUFRIÓ UN ACCIDENTE	
R70 ESPOSO (A) ACABA DE EMPEZAR A TRABAJAR	R58 UN NUEVO MIEMBRO EN LA FAMILIA	R60 CAMBIO DE SITUACIÓN ECONÓMICA	R72 CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA	R73 PROBLEMAS CON EL JEFE		
R75 EXCESO DE TRABAJO	R71 INICIO O FIN DE ESTUDIOS	R68 PROBLEMAS CON LOS PARIENTES POLÍTICOS				
	R74 CAMBIO DE CASA					

Como se puede observar en la tabla 2, se obtuvieron 7 factores, los cuales fueron nombrados, de acuerdo a los reactivos que se agrupaban en ellos de la siguiente forma: Factor Personal, Familiar, Relación de Pareja, Cambios,

Problemas económicos, Accidentes y muerte y finalmente, el factor Pérdidas. Este procedimiento se llevó a cabo con la muestra normal.

Una vez que se obtuvo este factorial, se analizó la carga de los reactivos y en aquellos casos donde un reactivo se encontraba en 2 ó más factores, se eliminaba de aquél o aquellos factores donde tenía la menor carga. Esto se hizo debido a que estadísticamente, el factor donde el reactivo presenta la mayor carga, es el que mejor agrupa dicho reactivo. Una vez obtenidos estos factores se procedió a hacer los análisis que se explicarán a continuación.

Como siguiente paso, se realizó un Análisis de Varianza donde se comparan las medias de cada grupo perteneciente a la muestra clínica. La siguiente tabla muestra los tres grupos de enfermedades de la muestra clínica (Dermatitis, Lupus y Colon Irritable), el número de sujetos de los que esta compuesto cada grupo y con el fin de comprender el análisis de Varianza posterior, en esta tabla se describe la media y desviación estándar que tuvieron los 3 grupos de sujetos con diferentes enfermedades, en cada uno de los 7 factores.

FACTORES	ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS					
	DERMATITIS N=29		LUPUS N=70		COLON IRRITABLE N=32	
	Media	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
PERSONAL	2.17	1.197	1.21	0.778	1.22	0.608
FAMILIAR	1.45	0.91	1.26	1.594	0.59	0.837
RELACIÓN DE PAREJA	1	1.035	0.89	1.057	0.62	1.185
CAMBIOS	0.97	1.017	1.11	1.246	1	1.136
PROBLEMAS ECONÓMICOS	0.59	0.78	0.46	0.846	0.31	0.644
ACCIDENTES Y MUERTE	0.38	0.622	0.56	0.651	0.56	0.619
PÉRDIDAS	0.55	0.686	0.23	0.487	0.22	0.42

En la Tabla 3, se muestra el *Análisis de Varianza* para obtener comparaciones múltiples entre grupos. Este análisis se obtuvo por medio de la *Prueba Sheffe* con el fin de saber si existían diferencias significativas entre las medias de los tres grupos señaladas en la tabla anterior, que presentaban distintas enfermedades psicosomáticas en la muestra clínica. A continuación se presentan los resultados de este análisis:

Tabla 3 Análisis de Varianza para obtener Comparaciones Múltiples entre Grupos por Factores.

FACTORES			Mean Difference (I-	F
PERSONAL	Dermatitis	Lupus	.96*	14.164*
		Colon irrit	.95*	
FAMILIAR	Dermatitis	Lupus	0.19	3.854*
		Colon irrit	.85*	
RELACIÓN DE PAREJA	Dermatitis	Lupus	0.11	1.003
		Colon irrit	0.38	
CAMBIOS	Dermatitis	Lupus	-0.15	0.209
		Colon irrit	-0.03	
PROBLEMAS ECONÓMICOS	Dermatitis	Lupus	0.13	0.926
		Colon irrit	0.27	
ACCIDENTES Y MUERTE	Dermatitis	Lupus	-0.18	0.897
		Colon irrit	-0.18	
PÉRDIDAS	Dermatitis	Lupus	.32*	4.400*
		Colon irrit	.33*	

* The mean difference is significant at the .05 level.

La comparación de medias de la tabla 3, se hace entre los tres grupos de Trastornos Psicofisiológicos investigados en este trabajo (Lupus, Dermatitis y Colon Irritable). En primer lugar, se hace una comparación entre las medias del grupo de Lupus (L) y Colon Irritable (C.I.) En segundo lugar se hace una comparación entre el grupo de Lupus (L) y Dermatitis (D). De ésta manera, se obtuvieron 2 resultados que a su vez fueron comparados entre ellos, obteniendo un resultado final de ambas comparaciones.

En la tabla 3 también se puede observar dicho resultado, en la columna marcada con una F, el cual además está señalado con un asterisco (*) cuando la diferencia entre ambas comparaciones es significativa. La tabla 3 también muestra que los factores Personal, Familiar y Pérdidas muestran diferencias significativas.

Estos resultados confirman la segunda hipótesis formulada que postula que existen diferencias en cuanto a la ocurrencia de Sucesos de Vida, entre los 3 grupos de sujetos con diferentes enfermedades psicosomáticas (Dermatitis, Colon Irritable y Lupus) dentro de la muestra clínica.

Finalmente, se realizó un procedimiento denominado Prueba T con base en los 7 factores anteriormente descritos con el fin de obtener el porcentaje de respuesta que presentaron los sujetos en cada factor, en relación a la variable sexo.

En la tabla 4, se muestra la comparación de medias entre hombres y mujeres en los factores: Personal, Familiar, Relación de Pareja, Cambios, Problemas Económicos, Accidentes y Muerte y el Factor Pérdidas.

Tabla 4. Comparación entre Hombres y Mujeres por medio de la Prueba T en la Muestra Clínica.

FACTOR	HOMBRES		MUJERES		T-Test
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation	
PERSONAL	1.44	0.856	1.42	0.952	0.089
FAMILIAR	1.17	1.043	1.13	1.386	0.122
RELACIÓN DE PAREJA	0.61	0.979	0.88	1.1	-1.083
CAMBIOS	0.94	1.211	1.07	1.163	-0.413
PROBLEMAS ECONÓMICOS	0.72	0.895	0.41	0.763	1.414
ACCIDENTES Y MUERTE	0.44	0.511	0.53	0.656	-0.639
PÉRDIDAS	0.33	0.594	0.29	0.529	0.278

Significancia: * \leq .05.

En la tabla 4 se muestra la comparación en cuanto a la ocurrencia de sucesos de vida agrupados en factores para hombres y mujeres de la muestra clínica. El análisis estadístico **Prueba t**, muestra que no hay diferencias significativas en cuanto a las comparaciones por sexo ya que los resultados están en base a un nivel de significancia $\leq .05$.

Estos resultados hacen que rechacemos nuestra tercer hipótesis que postula que: Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la muestra clínica, en relación a la presencia de Sucesos de Vida estresantes.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Comparando las respuestas que dieron los sujetos a los reactivos en ambas muestras, se encontró en primer instancia, que la mayoría de los reactivos discrimina el tipo de respuestas entre el grupo clínico y el normal, confirmando de manera general, la Validez del Instrumento.

En cuanto a resultados de los análisis, podemos decir en primer lugar, que la muestra clínica presenta diferencias importantes en las respuestas obtenidas, ya que tiene un mayor porcentaje de ocurrencia de sucesos de vida estresantes en relación a muestra normal. Lo anterior confirma nuestra primer hipótesis, que formula que: **Se encontrará un mayor número de Sucesos de Vida estresantes en un grupo de sujetos con enfermedades psicosomáticas que en un grupo que no las presenta, utilizando como herramienta el Cuestionario Sucesos de Vida para Adultos**

La confirmación de la primer hipótesis señala que la muestra clínica con algún tipo de Enfermedad Psicosomática, presentó un mayor número de Sucesos de Vida Estresantes en el periodo de un año antes de responder el cuestionario, a diferencia de los sujetos de la muestra normal que presentaron en menor proporción la ocurrencia de dichos Sucesos. Confirmando de alguna manera, los hallazgos de Pearlin, Lieberman, Managhan y Mullan, que señalan que el estrés es una respuesta del organismo ante una condición estresante o riesgosa y que sus manifestaciones son encontradas a cualquier nivel de funcionamiento de dicho organismo, desde el microbiológico hasta el emocional.

El estrés puede ser tanto una respuesta que aparece lentamente durante un largo periodo de tiempo o puede presentarse abruptamente debido a una situación en especial, pero desarrollarse y prevalecer a través del tiempo. (Pearlin, Lieberman, Managhan y Mullan, 1981 cit. en Goldberg, 1993).

También hay que señalar que algunos reactivos no presentaron diferencias significativas en cuanto al porcentaje de ocurrencia entre ambas muestras, tales como: (divorcio, muerte de un miembro de la familia, matrimonio, enfermedad de un miembro de la familia, embarazo, cambio de situación económica, de actividad laboral, de responsabilidades en el trabajo, relaciones con los integrantes de la familia, cambio en las condiciones de vida, cambio de casa, de hábitos alimenticios, así como incapacidad para pagar hipoteca o préstamo o referentes a asaltos y accidentes). Una explicación ante estos resultados es que tal vez, dichos sucesos en particular, no marcaron la diferencia entre una y otra muestra debido a que no todos los sucesos afectan de igual manera a todas las personas. Es decir, el estrés está relacionado con evaluaciones subjetivas, como cogniciones, hipótesis y creencias, que el sujeto hace de cada suceso (Lazarus, 1966 cit. en Valdés, 1990). De tal manera que tendríamos que analizar más a fondo el contexto en que estos sucesos ocurrieron para saber qué significaron para cada sujeto, es decir si fue algo negativo o positivo. Además, es importante saber la forma de afrontamiento del suceso, ya que, además de que cada persona hace una interpretación diferente de cada experiencia, también utilizan diferentes formas para remediar o evitar situaciones dolorosas. Utilizando conductas cognitivas y perceptuales para reducir el riesgo y manejar tensiones (Pearlin, 1980 cit. en Goldberg, 1993).

Así también, con la confirmación de esta hipótesis, se refuerzan estudios que hablan de conocer no solamente la vida actual del paciente sino el pasado,

que puede influenciar o predisponer a los sujetos a presentar alguna enfermedad, lo cual hace referencia a la presencia de las enfermedades encontradas en la muestra clínica y por supuesto, a las diferencias encontradas entre ambas muestras (Chauchard, 1972).

De manera general, con estos resultados se confirma la relación existente entre la tensión nerviosa y las enfermedades gastrointestinales (Brown, 1958, cit. en Villalobos 1988). Y directamente, las investigaciones realizadas en el área de ansiedad y su influencia con la presencia de colon irritable (Bockus y Willard, 1993, cit. Villalobos, 1988)

Los datos obtenidos en esta investigación son semejantes a otros estudios en relación a las enfermedades autoinmunes, ya que los resultados nos indican que la muestra con enfermedades psicosomáticas, entre ellas Lupus, presenta mayor cantidad de sucesos estresantes, respecto a la muestra normal. Es por esto, que se confirman los estudios en relación a aspectos autoinmunes, que hablan en particular de procesos de infección del Lupus Eritematoso en periodos de estrés agudo, encontrando un decremento en la actividad de las células principales del sistema inmune las células NK. Esto puede explicar la enfermedad de los sujetos, precedente a los hechos estresantes experimentados por ellos (Kiecot-Glaser & Glaser, 1991). Así también, los resultados se asemejan de alguna manera a los estudios que muestran que el 80% de 128 adultos (entre 21 y 71 años), presentaron dolores de cabeza, desórdenes de ansiedad y desorden depresivo mayor relacionados al Lupus. (Brey et al. (2002).

A manera de englobar los resultados en relación a la primera hipótesis, es importante señalar de manera general, que con los resultados obtenidos en esta

investigación, se confirman estudios que explican que las emociones tienen correlatos fisiológicos, es decir, la emoción modifica variables tan diversas como la tensión arterial, el ritmo cardíaco, respiratorio, la motilidad gastrointestinal, función secretora renal, las funciones sexuales, etc. (Valdés, 1983).

Como siguiente parte de esta discusión, se procederá a hablar sobre el análisis de varianza que se realizó con el fin de comprobar la segunda hipótesis y que además, muestra las comparaciones que se hicieron en la muestra clínica, entre los tres grupos de personas que presentaban enfermedades psicosomáticas. Esta segunda hipótesis, se formuló debido a que existen de antemano un mayor número de sucesos de vida en la muestra clínica que en la normal. Es por esto que se trató de probar en esta hipótesis que trata de encontrar si existen diferencias en cuanto a la ocurrencia de Sucesos de Vida, entre los 3 grupos de sujetos con diferentes enfermedades psicosomáticas, (Dermatitis, Colon Irritable y Lupus) dentro de la muestra clínica.

Para facilitar el análisis de los reactivos, éstos fueron agrupados por medio de un Análisis Factorial, en 7 factores denominados: Personal, Familiar, Relación de Pareja, Cambios, Problemas económicos, Accidentes y muerte y finalmente, Pérdidas. En base a esta organización de reactivos, se encontró que en los factores **Personal, Familiar y Pérdidas**, existen diferencias significativas entre los Sucesos que reportan los tres grupos, en el periodo de un año antes de responder el cuestionario.

Como primer punto a discutir con relación a estos resultados, podemos confirmar que el aspecto *Familiar*, es trascendental para los individuos y tiene muchas funciones en el proceso del estrés (Pearlin, 1980 cit. en Goldberg, 1993).

Por otro lado, el aspecto de el "Compromiso y responsabilidad" que han sido tomados como señales de la madurez cognoscitiva, también representan una carga de estrés para los adultos (Labouvie-Vief, 1987, cit. en Craig, 1997). La madurez también implica una serie de retos como el éxito en el trabajo profesional, la relación con los hijos, etc. Si estos retos son satisfechos y los conflictos resueltos, puede ser un periodo de continuación del crecimiento, satisfacción personal y felicidad, de lo contrario se vuelve un periodo de estancamiento y de desilusión creciente (Erikson, 1959, cit. en Rice, 1997). Es en base a esto que se puede entender la importancia por un lado, del aspecto *Personal* (exceso de trabajo, alguna enfermedad personal, si un hijo se fue de la casa o el esposo empezó a trabajar así como el haber estado en la cárcel) en algún (os) de los grupos clínicos más que en otros. Por otro lado aunque de una forma estrechamente ligada, también se puede explicar la trascendencia del factor *Pérdidas*, en una etapa de madurez en que es importante acumular éxitos en el trabajo, la familia, la pareja, etc.

También podemos explicar las diferencias entre los tres grupos en estos tres factores, ya que como mencionábamos anteriormente, no todos los sucesos afectan a los sujetos de igual manera, además de que las personas tienen diferentes mecanismos de afrontación (Lazarus, 1966 cit. en Valdés, 1990; Pearlin, 1980 cit. en Goldberg, 1993). Sin embargo, es necesario recalcar ciertas diferencias encontradas en la bibliografía respecto a los grupos de riesgo en particular, con el fin de comprender mejor las mismas diferencias encontradas en este trabajo:

- En cuanto al Colon Irritable, se deben mencionar investigaciones que confirman los resultados obtenidos en la presente investigación, en

relación a que el sistema gastrointestinal parece ser el más sensible a las emociones, de todos los sistemas de nuestro cuerpo. Es por esto que, las emociones afectan más a diversas partes del sistema gastrointestinal provocando numerosas alteraciones como náuseas, vómitos, dolores epigástricos, gastritis, úlcera gástrica, entre muchas otras complicaciones (Avery y Godding, 1972, cit. en Vargas, 1988). Por otro lado, se confirma lo que han dicho algunos autores acerca de que los *Problemas Familiares* y las tensiones de negocios son factores precipitantes de problemas de colon, así como hábitos adquiridos, preguntándose además porqué algunos pacientes se niegan a responder a los signos claramente indicativos de la necesidad de evacuar el intestino (Avery y Godding, 1972, cit. en Vargas, 1988).

- En el caso de Dermatitis, es importante señalar estudios que confirman los resultados de este trabajo en relación a Sucesos de Vida, donde los pacientes con Dermatitis presentan un porcentaje importante de Sucesos Estresantes, donde específicamente perciben como aspectos negativos, sucesos estrechamente relacionados con problemas familiares, principalmente en mujeres y aspectos laborales en hombres. Estos resultados pueden de alguna forma verse reflejados en esta investigación en particular, debido tal vez, a que la muestra clínica con la que se trabajó, estaba compuesta en su mayoría de sujetos femeninos: 113 mujeres y 18 hombres. Con base en esta diferencia numérica, puede explicarse que preponderen los aspectos familiares y personales en la muestra clínica, ya que por lo menos en el grupo de sujetos con dermatitis, este factor, presenta un mayor número de Sucesos Estresantes, en relación a los otros dos grupos de sujetos con enfermedades (Gallegos, 1998). Es importante señalar en este apartado, que esta investigación retomó datos

de algunos sujetos con Dermatitis parte de la tesis de investigación de la Psicóloga Lourdes Gallegos, realizada en 1998.

- Respecto a Lupus, existen una serie de estudios en relación al estrés y sus efectos en el sistema inmunitario, principalmente en cuanto al desempeño académico. Se ha encontrado un decremento en la actividad de las células principales del sistema inmune, las células NK, durante el período de exámenes finales. Debido a esto, puede inferirse que las diferencias encontradas en los factores Familiar, Personal y Pérdidas en esta investigación, respecto a los tres grupos de riesgo, fue posiblemente debido a que los pacientes que desarrollan una enfermedad como el Lupus, presentan una serie de preocupaciones diferentes a los enfermos de Dermatitis y de Colon irritable. Por lo tanto estos pacientes, presentan una reacción psicosomática que los hacen tener un déficit en la producción de anticuerpos en general ante diferentes situaciones, respecto a los otros dos grupos (Dermatitis y Colon Irritable) (Kiecot-Glaser & Glaser,1991). Lo anterior no quiere decir que este grupo en particular no presenta preocupaciones por los aspectos Familiares y Personales, sino que posiblemente, aunque si presentan dichos problemas la proporción del efecto sobre ellos es menor o dichos problemas se presentan con menor frecuencia en este grupo de riesgo en particular. Otro aspecto trascendental en el grupo de Lupus, es que además del estrés como tal, existen una serie de factores que afectan directamente el desarrollo de la enfermedad, por tratarse de una enfermedad autoinmune con un factor hereditario principalmente (Stites, y col. 1996; Amado, 1996).

Por otro lado, los factores: **Relación de Pareja, Cambios, Problemas Económicos** así como **Accidentes y Muerte** no mostraron diferencias significativas cuando los tres grupos fueron comparados dentro de dichos factores. Tal vez debido a que las repercusiones originadas por los sucesos estresantes, son distintas no solo para cada grupo de sujetos con diferentes enfermedades, o para cada grupo o clase social, sino que también son distintas para cada individuo dependiendo del momento específico en que suceden al sujeto y de las vulnerabilidades o de los factores que forman las diferencias individuales tales como el sexo del individuo y etapa de la vida en que le ocurren diversos sucesos o la evaluación cognoscitiva del mismo (Brim y Ryff, 1980, cit. Lazarus y Folkman, 1986). Además de que en estos resultados pudieron haber influido aspectos como los explicados en el *Modelo del Momento de Ocurrencia de los Sucesos* que habla de que la gente se desarrolla en respuesta a momentos específicos, es decir, el desarrollo es resultado del momento en la vida de las personas en que tienen lugar sucesos importantes. Neugarten, sugiere que ello da por resultado una gran variación en el momento en que ocurren dichos acontecimientos, dependiendo si estos son esperados o no, ya que según sea el caso generan menor o mayor estrés en el sujeto (Neugarten, Moore y Lowe, 1965, cit. en Rice, 1997). Con base en lo anterior podemos sugerir que tal vez en estos factores en particular influyeron otras variables como el tipo de sucesos vitales así como el momento de ocurrencia de los mismos y así afectaron de diferente forma no solo a los tres grupos particularmente estudiados, sino a cada individuo en particular.

Con base en lo anterior confirmamos nuestra segunda hipótesis que postula que: **Existen diferencias en cuanto a la ocurrencia de Sucesos de Vida, entre los 3 grupos de sujetos con diferentes enfermedades**

psicosomáticas, (Dermatitis, Colon Irritable y Lupus) dentro de la muestra clínica.

Es así como, después de la confirmación de las primeras dos hipótesis, se trató de probar la tercera hipótesis que formula lo siguiente: **Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la muestra clínica, en relación a la presencia de Sucesos de Vida estresantes.** Para probar esta hipótesis, se realizó el análisis estadístico denominado Prueba t, el cual, no mostró diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones entre hombres y mujeres por factor, para la muestra clínica. Por lo tanto esta tercera hipótesis, no fue aceptada.

Aunque en una de las principales áreas de la personalidad que es la de la *adaptación emocional*, se han encontrado grandes diferencias entre sexos (Terman, 1954, cit. en Anastasi, 1961; MacFarlane, 1954 cit. en Anastasi 1961), según otros estudios deberían de presentarse claras diferencias sexuales en relación a inestabilidad emocional (Hartshorne, 1929; Mathews, 1923; Terman, 1925 cit. en Anastasi 1961). Entre los grupos de adultos, las diferencias sexuales en los inventarios de adaptación son grandes y constantes; en el inventario de personalidad de Bernreuter, las universitarias presentan claramente más síntomas neuróticos que sus compañeros. En el mismo inventario los hombre puntuaban claramente como más dominantes, autosuficientes y seguros de sí mismos (Anastasi, 1961). Incluso en un estudio realizado con el Instrumento Sucesos de Vida en relación a Dermatitis, se encontraron diferentes sucesos según el sexo de los pacientes con dicho trastorno. La mayor frecuencia de sucesos vividos como *positivos* por los pacientes del sexo masculino, se encuentra en reactivos como: algún logro personal, cambio en las condiciones de vida y el reactivo de embarazo, así

como para las mujeres fue el cambio en la actividad laboral (Gallegos. 1998). Sin embargo se encontraron estas diferencias respecto a los sucesos vividos como positivos únicamente, no respecto a la presencia o ausencia de dichos trastornos como en este caso.

Lo anterior podría explicar de alguna manera, que en la comprobación de nuestra tercer hipótesis por medio de una prueba t aplicada a la muestra clínica, no se hayan presentado diferencias en cuanto al tipo de sucesos en cada sexo, ya que solamente se analizó la presencia o no de Sucesos de Vida Estresantes de manera general, no si los hombres o mujeres fueron afectados de forma diferente por algún tipo de sucesos en particular. Por otro lado, aunque no se hizo una clasificación de Sucesos de Vida en cuanto a si fueron positivos o negativos para los sujetos debido a los objetivos de esta investigación, se realizó una clasificación de reactivos en diferentes factores.

Una de las posibles explicaciones es la naturaleza misma de la muestra clínica, ya que esta muestra está compuesta como mencionábamos anteriormente en su mayor parte por mujeres (113), dejando en proporción, muy pocos casos del sexo masculino (18). Posiblemente debido a esto, no se encontraron diferencias significativas en esta muestra en particular debido a sus características, lo cual no quiere decir que no existan diferencias de género que afecten la forma en que hombres y mujeres afronten el estrés (Terman, 1954, cit. en Anastasi, 1961; MacFarlane, 1954 cit. en Anastasi 1961; Hartshorne, 1929; Mathews, 1923; Terman, 1925 cit. en Anastasi 1961; Gallegos. 1998).

CONCLUSIONES

Cuando analizamos de cerca situaciones como el estrés y su influencia en nuestra salud, nos damos cuenta que los hechos que nos ocurren diariamente, afectan nuestra vida en mayor grado de lo que consideramos normalmente y que existen situaciones en particular, como ciertos sucesos estresantes que nos afectan más que otros hechos y que pueden tener repercusiones en nuestra salud. En este trabajo se encontró que aspectos relacionados a situaciones estresantes, presentes en la vida de los sujetos, si marcan una diferencia en cuanto a la presencia de enfermedades Psicosomáticas tales como Colon Irritable, Lupus y Dermatitis en la población adulta. Por otro lado existen diferentes Sucesos de Vida, situaciones y contextos, formas de afrontamiento, así como factores genéticos que influyen la forma en que los sujetos se vean afectados por el estrés. Así como algunos sujetos pueden lidiar con ciertas situaciones estresantes, otros tenderán a expresar físicamente el daño que les está produciendo la situación estresante, presentando algún tipo de enfermedad psicosomática, lo que significa que existen diferentes variables que influyen para que un sujeto se vea afectado en mayor o menor medida por el estrés.

Podemos concluir que, además de encontrar un mayor número de Sucesos de Vida que experimentan los sujetos con enfermedades psicosomáticas a diferencia de aquellos que no las presentan, existen a su vez, diferencias dentro de la misma muestra de sujetos con enfermedades. Lo anterior nos da cuenta de la importancia de estudiar el tema del estrés de manera más amplia, ya que no es solamente el estrés de manera aislada, el que afecta la salud de los sujetos. Tomando en cuenta al hombre como un ser

biopsicosocial, se entiende que este puede ser influido por una serie de factores que afectan de manera directa o indirectamente su desarrollo y forma de vida, por esto debe entenderse que el estrés actúa acompañado de un contexto especial en que el sujeto se desarrolla, ya sea una serie de sucesos positivos o negativos que forman este ambiente de desarrollo. Hablando del estudio del hombre, de una manera integral y no simplista, podemos entender que incluso, el estudio de las situaciones pasadas del sujeto, no cubre del todo, las necesidades de estudio para entender al hombre como una unidad biopsicosocial (De La Fuente, 1959). Como se ha mencionado, se deben estudiar no solamente las situaciones a las que se ha visto expuesto el sujeto, sino la situación presente que involucra además de las situaciones actuales estresantes, ciertos factores de riesgo de tipo laboral como el horario, estresores propios del puesto, inseguridad, etc. (Sagrestano, 2004). Además de aspectos individuales como capacidad de adaptación, formas de afrontamiento, el soporte social con que cuenta el sujeto, la percepción que el mismo tiene de sus problemas, así como la sensibilidad emocional y corporal de cada persona para enfrentar y lidiar con diversas situaciones.

Por otro lado en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a la presencia de estrés y el desarrollo de enfermedades psicosomáticas. La bibliografía nos muestra una gran parte de estudios que indican diferencias entre sexos en cuanto a las formas de afrontar el estrés (Anastasi, 1961; Erickson, 1959; Levinson, Darrow, Klein, Levinson&McKee, 1978; Vaillant, 1977 cit. en Goldberg, 1993). Una explicación posible para nuestros resultados puede ser que aunque tanto hombres como mujeres han conceptualizado de manera diferente aspectos importantes en su vida como los roles maritales y parentales propiciando menos estrés debido a la disminución de dependencia por parte de las mujeres y menor presión

económica para los hombres, existen una serie de conflictos que se dan debido a que la interacción se redefine entre el hombre y la mujer, ahora el hombre tiene mayor participación en la crianza de los niños y entonces surgen nuevos conflictos (Goldberg, 1993). Estas tensiones son sentidas de una forma más grave por las mujeres, que históricamente han sido más vulnerables a la insatisfacción marital. De una forma alternativa, los esposos se sienten traicionados por la independencia económica de sus esposas (Barnett & Baruch, 1985; Baruch & Barnett, 1986^a; Dytell, Pardine & Napoli, 1985 cit. en Goldberg, 1993). Sin embargo, es importante realizar más investigaciones respecto a diferencias entre sexo debido a que la naturaleza propia de la muestra clínica analizada, es una limitante debido al número de sujetos masculinos con los que se trató, por lo que se recomienda trabajar con una muestra mejor balanceada en cuanto al número de sujetos femeninos y masculinos con enfermedades psicosomáticas.

También se sugiere ampliar el tema de la investigación en estrés y el desarrollo de enfermedades psicosomáticas, ya que en esta investigación se encontró que ambos están relacionados. Así, el siguiente paso sería lograr tener conocimiento suficiente para trabajar a un nivel preventivo en la población, tomando en cuenta sus experiencias pasadas, u otras variables contextuales, con el fin de clasificarla como población en riesgo e intervenir directamente en la misma.

Finalmente, este trabajo espera cumplir con los objetivos propuestos así como ser una aportación para aquellos investigadores y estudiantes que se interesen por el estudio del estrés y su influencia en los seres humanos. Se espera que esta investigación sea motivo de posteriores estudios donde se logre, no solamente describir o explorar el tema sino el desarrollo de usos

prácticos de la investigación en estrés. Que la prevención de enfermedades psicosomáticas, llegue algún día a ser el resultado del esfuerzo y tiempo empleado en la investigación de éste campo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alexander, F. & French, T. *Terapéutica Psicoanalítica. Principios y Aplicación.* (1965) Segunda Edición. Editorial PAIDOS. Buenos Aires, Argentina. pp. 13-30.

Álvarez, J.; Jurglinson, G. (2003). *Cómo hacer Investigación Cualitativa.* Editorial PAIDOS pp. 14-160

Amado, S. (1996). *Lecciones de Dermatología.* Editorial Méndez 395-414, México.

Anastasi, A. (1961) *Psicología Diferencial* Madrid, España. Editor

Brey, R.L.; Holliday, S.L.; Saklad, A.R; Navarrete, MG; Hermisillo-Romo, D; Stallworth, CL.; Valdéz, C.R. (2002) Neuropsychiatric syndromes in Lupus: Prevalence using standardized definitions. *Neurology*. PsycINFO Database Record (c) 2003 APA, all rights reserved).

Caso, A. (1989). *Fundamentos de Psiquiatría.* México, D. F. Editorial LIMUSA. pp. 917-942.

Castro, J.; Edo, S. Emociones y Salud. *Anuario de Psicología* 1994, No. 61, Facultad de Psicología, Universitat Autònoma de Barcelona. pp. 25-32.

Chauchard, P. (1972). **La Medicina Psicosomática**. Segunda Edición. Buenos Aires Editorial PAIDOS.

Compass, B.; Giunta, C. (1993). *Coping In Marital Dyads: Patterns and Associations With Psychological Symptoms*. **Journal of Marriage & the Family**, Vol. 55, No. 4, Noviembre de 1993.

Compass, B.; Primo, K.; Oppedisano, G.; Howell, D. C.; Epping-Jordan, J. E.; Krag, D.N. (2000). Intrusive Thoughts and Avoidance in Breast Cancer: Individual Differences and Association With Psychological Distress. **Psychology & Health**, Vol. 14, No. 6, Enero de 2002.

Craig, G. (1997). **Desarrollo Psicológico**. México. Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. pp 545-600.

De La Fuente, R. (1959). **Psicología Médica**. México. D. F. Fondo de Cultura Económica.

Fernández, J. y Edo, S. (1994). Emociones y Salud. **Anuario de Psicología**. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

García Islas Patricia (1997). **Depresión y Ansiedad en Pacientes con Síndrome de Colon Irritable**. Tesis de Licenciatura en Psicología. México. UNAM.

Gallegos Mejía Ma. de Lourdes (1998). **Factores de Personalidad y Sucesos de Vida que Inciden en el Tratamiento de Pacientes con Dermatitis Atópica**. Tesis de Maestría en Psicología. México UNAM.

González-Forteza, C.; Villatoro, J.; Pick, S.; Collado, M.: El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. **Revista Salud Mental**, Vol. 21, No. 2, abril de 1998, pp. 37-45.

Goldberg, L & Breznitz, S. (1993). **Handbook of Stress**. Segunda edición. Editorial The Free Press. New York.

Hernández, M. (1990) **Métodos y Diseños de Investigación en Psicología y Educación**. Editorial Complutense. Universidad Complutense, Madrid.

Hernández, M; Fernández, C.; & Baptista P. (2003) **Metodología de la Investigación**. Tercera Edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana.

Holsti, O. (1969). **Análisis de Contenido**. Selección de Lecturas. Centro de Estudios Interdisciplinarios de Apoyo a la Docencia. Escuela Nacional de Estudios Profesionales. ENEP. ACATLÁN. UNAM.

Kerlinger, F. (1998) **Investigación del Comportamiento**. Editorial Mc Graw Hill. México.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). **Estrés y Procesos Cognitivos**. Barcelona España. Editorial Martínez Roca.

León, O. y Montero, I. (1997) ***Diseño de Investigaciones. Introducción a la lógica de la Investigación en Psicología y Educación.*** Segunda Edición. Mc Graw Hill, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

Lucio, E. y Durán, C. (2003). ***Sucesos de Vida (versión para adolescentes).*** México, D. F. Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V.

Lucio, E.; Ampudia, A.; y Durán C. (1996) ***Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida. Adultos.*** UNAM, Facultad de Psicología. (Proyecto de Investigación CONACYT).

Lucio, E.; Durán, C. y Barcelata, B. (2000). ***Detección de Factores de Riesgo en problemas emocionales y diseños de estrategias de Intervención en Adolescentes.*** México: UNAM. Facultad De Psicología (Proyecto de Investigación CONACYT).

Lucio, E.; Gallegos, L.; Durán, C. y Jurado, S. (1999) Factores de personalidad y sucesos de vida que inciden en el tratamiento de pacientes con dermatitis atópica. ***Revista del Centro Dermatológico de Pascua***, Mayo-Agosto, Vol. 8, Núm. 2, pp. 66-75, 10p.

Lloyd, H. y Samuel O. (1998). ***Fisiopatología. Principios básicos de la enfermedad.*** Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

Luigi, S. (1987) ***Diccionario Médico.*** Editorial Teide, México.

McDougall, W. (1970). ***Introducción a la Psicología. Estudio de la Conducta.*** Editorial PAIDOS. Buenos Aires. pp15-39.

Morales, Ma. L. (1975). **Psicometría Aplicada**. (Capítulo 1). Editorial Trillas.

Nava Alcántara Samuel (2001). **Exploración de Factores conductuales de riesgo en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico**. Tesis de Licenciatura en Psicología. México UNAM.

Nie, H.N., Hull; C. H., Steinbrenner & Jenkin (1985). **Statistical Package for Social Sciences**; Mac Graw Hill U. S. A.

Pérez, R. (1990). **Principios de Patología**. México. D. F. Editorial Médica Panamericana.

Pichot, P.; Valdés, M. (1995). **Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales DSM-IV**. Barcelona España. Editorial MASSON, S. A. pp. 434-448.

Plunkett, S; Radmacher, K; Moll-Phanara, D: Adolescent Life Events, Stress, and Coping: A Comparison Of Communities and Genders. **Professional School Counseling**, Jun 2000, Vol. 3 Issue 5, p356, 11p.

Rice, F. (1997). **Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital**. México. Editorial. Prentice may Hispanoamericana, S.A. pp. 460-594.

Rivera, O; Esquivel, F. y Lucio, E. (1987). **Integración de Estudios Psicológicos**. México, D. F. Ed. DIANA.

Sampieri, R.; Collado, C. Lucio, P. (2003). **Metodología de la investigación**. México. Editorial Mc Graw Hill.

Sarafino, E. (1990). *Health Psychology. Biopsichosocial Interactions*. Trenton State College. 2nd. Edition. Editorial John Wiley & Sons Inc. New York.

Stites, D.; Terr, A.& Parslow. (1996). *Inmunología Básica y Clínica*. México, D. F. Editorial Manual Moderno.

Valdés, M.; Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés*. Barcelona, España. Editorial Martínez Roca. Libros universitarios y profesionales.pp. 9-35.

Valdés, M.; Flores, T.; Toneña, A.; & Massana, J. (1983). *Medicina Psicosomática. Bases psicológicas y fisiológicas*. México. Editorial Trillas.

Van Zelst, Willeke H; de Beurs, Edwin; Beekman, Aartjan T.F; DEG, Dorly J.H; Van Dyck, Richard. (2002). Prevalence and Risk Factors of Posttraumatic Stress Disorder in Older Adults. PsycINFO Database Record (c) 2002 APA, all rights reserved.

Vargas, A. (1998). *Gastroenterología*. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.

Villalobos, J. J. (1998). *Gastroenterología 1*. México, D. F. Editorial Méndez editores.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO SUCESOS DE VIDA PARA ADULTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Sucesos de Vida Forma para Adultos

CUADERNILLO DE APLICACIÓN

Lucio y Durán (2004)

INSTRUCCIONES

El cuestionario consta de tres partes; en cada una encontrará instrucciones de como contestar.

Lea con cuidado las instrucciones que encabezan a cada una; responda en silencio, no se comunique con sus compañeros.

No haga marca alguna en este folleto. Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuesta.

Use un lápiz del No. 2 rellene completamente el círculo seleccionado.

Si comete algún error o cambia de opinión, borre muy bien el círculo y vuelva a contestar.

***NOTA:** Esta hoja será procesada en computadora. Por favor no la maltrate, evite hacer tachaduras o enmendaduras.*

INSTRUCCIONES: Si algunos de los sucesos listados a continuación le han ocurrido en los últimos doce meses, indíquelo relleno el círculo correspondiente en su hoja de respuestas.

- a) cuando le sucedió **Y FUE BUENO PARA USTED**
 b) cuando le sucedió **Y FUE MALO PARA USTED**
 c) cuando le sucedió **Y NO TUVO IMPORTANCIA**
 d) cuando **NO LE SUCEDIÓ**

	a) Me sucedió y fue bueno para mí	b) Me sucedió y fue malo para mí	c) Me sucedió y no tuvo importancia	d) No me sucedió
1. Muerte de esposo(a)	a)	b)	c)	d)
2. Divorcio	a)	b)	c)	d)
3. Separación marital	a)	b)	c)	d)
4. Estuvo en la cárcel	a)	b)	c)	d)
5. Muerte de un miembro de la familia	a)	b)	c)	d)
6. Enfermedad personal	a)	b)	c)	d)
7. Matrimonio	a)	b)	c)	d)
8. Despedido del trabajo	a)	b)	c)	d)
9. Reencuentro marital	a)	b)	c)	d)
10. Jubilación	a)	b)	c)	d)
11. Enfermedad de un miembro de la familia	a)	b)	c)	d)
12. Embarazo (si ud. es mujer), Embarazó a su pareja (si ud. es hombre)	a)	b)	c)	d)
13. Dificultades sexuales	a)	b)	c)	d)
14. Un nuevo miembro en la familia	a)	b)	c)	d)
15. Problemas o pérdidas en los negocios	a)	b)	c)	d)
16. Cambio de situación económica	a)	b)	c)	d)
17. Muerte de un amigo cercano	a)	b)	c)	d)
18. Cambio de actividad laboral	a)	b)	c)	d)
19. Cambio de relaciones con los integrantes de la familia	a)	b)	c)	d)
20. Se endeudó fuertemente	a)	b)	c)	d)
21. Incapacidad para pagar hipoteca o préstamo	a)	b)	c)	d)
22. Cambio de responsabilidades en el trabajo	a)	b)	c)	d)

a) Me sucedió y fue bueno para mí	b) Me sucedió y fue malo para mí	c) Me sucedió y no tuvo importancia	d) No me sucedió
---	--	--	------------------------

- | | | | | |
|---|----|----|----|----|
| 23. Problemas con los parientes políticos | a) | b) | c) | d) |
| 24. Algún logro personal | a) | b) | c) | d) |
| 25. Esposo(a) acaba de empezar a trabajar | a) | b) | c) | d) |
| 24. Inicio o fin de los estudios | a) | b) | c) | d) |
| 25. Cambio en las condiciones de vida | a) | b) | c) | d) |
| 26. Problemas con el jefe | a) | b) | c) | d) |
| 27. Cambio de casa | a) | b) | c) | d) |
| 28. Exceso de trabajo | a) | b) | c) | d) |
| 29. Cambio en el hábito de dormir | a) | b) | c) | d) |
| 30. Cambio de hábitos alimenticios | a) | b) | c) | d) |
| 31. Ha sido asaltado, golpeado | a) | b) | c) | d) |
| 32. Sufrió un accidente | a) | b) | c) | d) |
| 33. Esposo(a) perdió el trabajo | a) | b) | c) | d) |
| 34. un hijo o hija se fue de casa | a) | b) | c) | d) |
-

ANEXO 2

A continuación se indican los reactivos de ambas escalas, que según las características encontradas en la revisión bibliográfica, se relacionan con los Padecimientos Psicosomáticos tratados en esta tesis. Además de mencionar el (los) trastorno(s) con que se relaciona directamente cada reactivo: Lupus, Colon Irritable y Dermatitis.

ESCALA PREOCUPACION POR LA SALUD (SAU) 36 reactivos

REACTIVO	PADECIMIENTO AL QUE SE RELACIONA
18. Sufro ataques de náusea y de vómito.	(Lupus, Colon Irritable)
20. Muy raras veces padezco estreñimiento.	(Colon Irritable)
28. Padezco acidez estomacal varias veces a la semana.	(Colon Irritable)
40. A menudo me parece que me duele toda la cabeza.	(Lupus)
47. Casi nunca me ha dolido el corazón o el pecho.	(Lupus)
53. Con frecuencia me parece sentir ardores, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.	(Dermatitis, Lupus)
57. Muy raras veces siento dolor en la nuca.	(Lupus)

REACTIVOS	PADECIMIENTO AL QUE SE RELACIONA
59. Sufro de malestares en la boca del estómago, varios días a la semana o más frecuentemente.	(Colon Irritable)
101. A menudo siento como si tuviera una banda que me apretara la cabeza.	(Lupus)
111. Tengo muchos problemas estomacales.	(Colon Irritable)
117. Nunca he vomitado ni escupido sangre.	(Colon Irritable)
142. Nunca he tenido un ataque de convulsiones.	(Lupus)
149. A veces la parte superior de mi cabeza está muy sensible.	(Lupus)
176. Muy pocas veces me duele la cabeza.	(Lupus)
194. Nunca he tenido erupciones (ronchas, salpullido, etc.) que me preocuparan.	(Dermatitis)
247. Se me adormecen una o varias partes de la piel.	(Dermatitis)

ESCALA 1 (Hs) HIPOCONDRIASIS 30 reactivos

REACTIVOS	PADECIMIENTO AL QUE SE RELACIONA
18. Sufro ataques de náusea y de vómito.	Lupus, Colon Irritable
20. Muy raras veces padezco estreñimiento.	Colon Irritable
28. Padezco acidez estomacal varias veces a la semana.	Colon Irritable
47. Casi nunca me ha dolido el corazón o el pecho.	Lupus
53. Con frecuencia me parece sentir ardores, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.	Dermatitis, Lupus
57. Muy raras veces siento dolor en la nuca.	Lupus
59. Sufro de malestares en la boca del estómago, varios días a la semana o más frecuentemente.	Colon Irritable
101. A menudo siento como si tuviera una banda que me apretara la cabeza.	Lupus
111. Tengo muchos problemas estomacales.	Colon Irritable
117. Nunca he vomitado ni escupido sangre.	Colon Irritable

REACTIVOS	PADECIMIENTOS A LOS QUE SE RELACIONAN
149. A veces la parte superior de mi cabeza está muy sensible.	Lupus
176. Muy pocas veces me duele la cabeza.	Lupus
247. Se me adormecen una o varias partes de la piel.	Dermatitis