



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

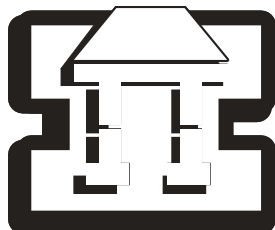
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

“EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PSICOLÓGICAS
EN PERSONAS ENFERMAS”

REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
L A U R A F R I A S M A R T Í N E Z

DIRECTORA:
DRA. MARÍA DE LOURDES RODRÍGUEZ CAMPUZANO

ASESORES:
MTRO. EUGENIO DÍAZ GONZÁLEZ Y ANAYA
DR. CARLOS NARCISO NAVA QUIROZ





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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Al Gran Orquestador del Universo le agradezco haberme colocado en el tiempo y el espacio justos para mí. No existen palabras para describir lo que siento, afortunadamente Tú lo sabes.

A mis padres:

Ustedes han sido los padres perfectos para mí, me han enseñado el significado de la palabra esfuerzo. Este logro es en gran parte suyo. Los amo. ¡Que Dios los bendiga! A ti, Papá, te agradezco haberme permitido llegar hasta este momento, gracias por tu apoyo permanente, porque eres un ejemplo para mí por tu entrega y tu compromiso inagotables. A ti, Mamá, te agradezco haberme dado la vida y estar siempre a mi lado para apoyarme cuando lo he necesitado.

A mis hermanos:

A Gabriel, Luis, Hugo, Andrea, gracias por formar parte de mi vida, y especialmente a Mónica, paciente testigo de mi apasionamiento por la Psicología. ¡Son los mejores hermanos!

*Soy la larva que procura
en su cárcel azarosa
convertirse en mariposa
y esmaltar el aura pura.
Soy la linfa siempre oscura
que ama el sol canicular
porque quiere arder, brotar
del pantano que la estanca,
transformarse en nube blanca,
ser espléndida y volar.*

PRELUDIOS (fragmento)
Salvador Díaz Mirón

A mis amigos:

A Araceli, Chela, Claudia, Diana, Fer, Penélope, Toño, porque tienen un lugar insustituible en mi corazón, y especialmente a Miriam, quien bondadosamente me mostró el camino de la amistad, y a Sandy, quien es un ejemplo para mí por su alegría y generosidad. Gracias por crecer personal y profesionalmente a mi lado, por ser rebeldes y por formar una reunión de psicólogos tan peculiar.

A mis amigos:

A Francisco, Pau, Miguel Ángel, Ofe por su cariño y porque sus cuestionamientos fortalecen mi amor por la Psicología, y especialmente a Toñito, por darme la oportunidad de integrarme al mejor equipo laboral y porque al hacerlo abriste las puertas de un mundo anhelado, por los objetivos que hemos alcanzado juntos y por los que restan por cumplir: de aquí al estrellato!!

*De improviso viniste a mí
y dispersaste la miseria de la vida
de improviso la vida es energía,
de improviso viniste a mí.*

*Cada día le agradezco al Señor y a la Señora
por la manera en que viniste a mí,
de cualquier manera tenía que ser:
dos mentes y un destino.*

*De improviso viniste a mí
y dispersaste la miseria de la vida
de improviso la vida es energía,
de improviso viniste a mí.*

OUT THE BLUE
John Lennon

A Mayu:

Acerca de mi vocación, la Psicología, yo tenía la pregunta y tú me diste la respuesta. He escuchado a los grandes psicólogos hablar con tu voz. Ha sido un honor recibir tu apoyo. Que queden estas palabras como testimonio de mi admiración y gratitud hacia ti.

A Eugenio y a Carlos:

He sido privilegiada de que hayan compartido su talento conmigo; enriquecieron no sólo este escrito, sino mi perspectiva completa acerca de la Psicología.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Qué orgullo ser universitaria. Cómo agradecer haber recibido una formación inmensamente valiosa. Si volviera a nacer, también estudiaría Psicología y no hay duda de que necesariamente tendría que hacerlo en Iztacala. Y como la Universidad sólo existe por las personas que la integran, hago extensivo mi agradecimiento a todos los profesores con los que compartí mi preparación.

...hoy voy a provocar a Bijou, porque los skinnerianos son muy ingeniosos, sobre todo en trabajo aplicado pero extremadamente limitados (pensaba yo) teóricamente. Entonces hice 10 ó 15 preguntas y me senté con él. Bijou me contestó con mucha elegancia y con mucha simplicidad, con mucha coherencia. Y ese día me volví skinneriano... [me dije] realmente el camino es por este lado. Es una aproximación que aúna simplicidad teórica, rigor experimental y tecnología aplicada.

Emilio Ribes

“Emilio Ribes Iñesta y el conductismo en México.
Una entrevista con Francisco Morales Catalayud”

Quizás nosotros no seamos agentes libres,
pero podemos hacer algo acerca de
nuestras vidas, si sólo reacomodáramos los
controles que influyen nuestra conducta.

B. F. Skinner



A pesar del enorme desarrollo que ha tenido
la Psicología, todavía es necesario subrayar
que los eventos psicológicos son, en todos
los aspectos, tan naturales como las
reacciones químicas, las reacciones
electromagnéticas, la radiación o la atracción
gravitacional.

J. R. Kantor

ÍNDICE

Resumen	7
Introducción	8
Capítulo 1. Trastornos psicofisiológicos	10
1.1. Definición y clasificación	11
1.2. Consideraciones etiológicas	16
1.3. Las nuevas perspectivas	25
Capítulo 2. Factores psicológicos relacionados con enfermedad	29
2.1. Factores emocionales	29
2.2. Personalidad	38
2.3. Desórdenes afectivos	42
2.4. Estrés y ansiedad	43
2.5. Comportamiento	63
Capítulo 3. El Modelo Psicológico de la Salud Biológica	65
3.1. Aspectos constitutivos y funciones	65
3.2. Implicaciones del modelo	72
Capítulo 4. Evaluación de competencias y su relación con enfermedad.	
Comparación de género. Reporte de investigación	77
4.1. Método	79
4.2. Resultados	84
4.3. Análisis de resultados	94
Discusión	96
Bibliografía	104
Anexo. Instrumento para evaluar competencias	111

RESUMEN

La relación entre psicología y salud se estudió inicialmente desde la perspectiva de la medicina psicosomática, en la que se consideraba que ciertos factores psicológicos como la emoción o la personalidad provocaban alteraciones a la salud. El desarrollo de la disciplina conocida como Psicología de la salud incrementó el estudio del fenómeno conocido como estrés, mismo que se consideró como el principal factor psicológico que podría dar lugar a alteraciones a la salud ya sea a causa de sus concomitantes fisiológicos o porque produce conductas de riesgo. El Modelo psicológico de la salud biológica, derivado de la teoría interconductual, propone nuevos elementos para valorar la relación entre factores psicológicos y salud. Uno de estos factores se denomina competencias funcionales y se refiere a la interacción efectiva entre el individuo y su ambiente a partir de su conducta, las demandas de la situación y las consecuencias ocurridas. Se evaluó el nivel de competencia, en sus dimensiones efectiva, afectiva y valorativa, en personas sanas y enfermas para observar la relación entre este factor psicológico y su relación con la salud. Asimismo, se realizó una comparación de género respecto a estos parámetros. Los resultados sugieren que no hay diferencias significativas en la dimensión efectiva de la competencia entre hombres y mujeres; en tanto que las mujeres reaccionan emocionalmente de manera más negativa y valoran las situaciones como más amenazantes, lo cual se correlacionó significativamente con una mayor frecuencia de enfermedad. Los individuos más competentes mostraron mejores niveles de salud; este resultado puede ser útil al psicólogo para promover comportamientos que eleven el nivel de competencia de aquellos pacientes que presentan enfermedades crónicas o frecuentes.

INTRODUCCIÓN

El área de la salud es un terreno de reciente inclusión para el psicólogo no sólo por lo que tradicionalmente se conoció como *enfermedades psicosomáticas*, sino porque actualmente se acepta cada vez más que lo psicológico, comportamental, es un elemento mediador de las cualidades del estado de salud de la persona. En este sentido, el propósito del presente trabajo es explorar la relación entre factores psicológicos, género y salud desde la perspectiva propuesta por el Modelo psicológico de la salud biológica, modelo que es resultado de los avances en teoría interconductual. Para ello se consideró como factor psicológico primordial las competencias funcionales en situaciones específicas, el cual se valoró desde tres dimensiones, y se evaluó su relación con el estado de salud, en términos de presencia de enfermedad crónica; además se realizó una comparación de estos parámetros entre hombres y mujeres.

En la actualidad existe un número considerable de padecimientos físicos que se considera que son causados por estrés psicológico y se ha hecho imprescindible incrementar la investigación al respecto, sobre todo en lo que se refiere a las alternativas de intervención. La perspectiva interconductual, sin embargo, considera que el campo de intervención del psicólogo en el área de salud es más amplio y que no puede abordarse a través del estrés, por tal motivo, este trabajo puede ser útil para ilustrar algunas de esas necesidades que corresponde al psicólogo abordar con claridad.

En concreto, no sólo en la consulta médica sino en la propia práctica clínica del psicólogo, una proporción importante de los pacientes acude por quejas físicas que no han tenido solución médica o cuya solución sólo consta de sedantes; es importante identificar la manera como los factores psicológicos participan en estas condiciones y promover las acciones pertinentes, desde el punto de vista psicológico, para su solución.

Promover un trabajo eficaz del psicólogo en el área de salud requiere de modelos sólidos e instrumentos confiables; con base en el sustento que el Modelo psicológico de la salud biológica y el Instrumento para evaluar competencias dieron al presente estudio se

espera que contribuya a enriquecer el trabajo del psicólogo en el área de salud y que ello redunde en beneficio de niños, adolescentes, adultos y ancianos, hombres y mujeres, que padecen malestares crónicos o conductas asociadas a enfermedad.

Así pues, enfocamos este escrito, en términos generales, a la relación entre psicología y salud y hacemos un recorrido principalmente histórico para mostrar su evolución. Los problemas de salud con etiología psicológica se abordaron en primera instancia desde la perspectiva de la medicina psicosomática, iniciada por el psicoanálisis. Posteriormente, las nuevas escuelas teóricas en psicología también hicieron investigación sobre el tema, entre ellas destacan la conductista y la cognoscitiva. El cuerpo de conocimientos producido por estas perspectivas se ha agrupado dentro de nuevas disciplinas como la psicología médica, la medicina conductual o la psicología de la salud y uno de los temas que más han abordado es el del estrés. Una nueva propuesta, como ya se mencionó, ha derivado de la teoría interconductual y la constituye el Modelo psicológico de la salud biológica, mismo que fundamenta las hipótesis del presente trabajo.

El capítulo uno trata de los trastornos psicosomáticos o psicofisiológicos, que puede considerarse como la primera aproximación psicológica a la salud, y de las teorías que se propusieron para explicarlos, así como de las nuevas disciplinas que han surgido al respecto. En el capítulo dos se hace una revisión de los diversos factores psicológicos que se han relacionado con alteraciones de salud, tales como: emoción, personalidad, estrés y comportamiento. Aquí también se incluye la descripción de la perspectiva de género para estos temas. El Modelo psicológico de la salud biológica se describe en el capítulo tres junto con sus implicaciones generales y aquellas concernientes al presente trabajo. En el capítulo cuatro se expone la investigación que se llevó a cabo para conseguir nuestro objetivo. Finalmente, la discusión muestra los principales hallazgos realizados.

CAPÍTULO 1

TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

Alrededor de las enfermedades psicofisiológicas se ha generado toda una serie de perspectivas que pueden ir desde la más reservada hasta la más asombrosa. El tema llama la atención por sí mismo, ya que una breve revisión de los casos citados en la literatura parece conducirnos a una sola idea: el poder de la mente sobre el cuerpo. Incluso esta idea se refleja en la terminología utilizada, la cual se concentra principalmente en dos vocablos: psicósomático y psicofisiológico, en donde el último pretende ser la evolución del segundo pero que en realidad conservan su esencia: la aceptación de dos entidades diferentes, el cuerpo y la mente o lo psicológico y lo fisiológico, que de alguna manera se afectan entre sí. Ciertamente es, sin embargo, que la forma como se ha conceptualizado este tipo de fenómenos ha ido cambiando a través del tiempo, por lo que se hace necesario elaborar un pequeño recorrido por algunos aspectos importantes: el concepto, los fenómenos a que hace referencia y las teorías que se han elaborado para explicarlos.

Muchas de las teorías que vamos a ver a continuación conservan como trasfondo uno de los principales conceptos en psicología: el problema mente-cuerpo. Al respecto Valentine (1992) presenta un esquema realizado por Fischer que resume las diversas soluciones a dicho problema. En el esquema se presentan las realidades posibles: una, ya sea lo mental, lo físico o cualquiera otra; muchas, lo que da lugar a un pluralismo; o sólo dos, lo cual implica preguntarse acerca de la relación entre ellas, en tal caso las opciones son correlación, causalidad en doble dirección o causal en una sola dirección.

Valentine define *mente* en dos sentidos: 1) la experiencia consciente y 2) el sistema que controla la conducta; *cuerpo* se refiere al aspecto físico de un organismo y se relaciona particularmente con el cerebro. La tradición psicósomática se ubicaría dentro de la vertiente del dualismo como un ejemplo de aparentes causas mentales con efectos físicos. La objeción a esta aparente interacción es que sólo se está enfocando la atención sobre un aspecto de la causa y sobre otro del efecto. Las perspectivas monistas parecen inclinarse más por la idea de que la mente y el cuerpo son aspectos de otra realidad distinta, que son

construcciones lógicas o distinciones gramaticales. Una nueva tendencia se conoce como teoría de identidad, la cual establece que la conciencia es un proceso cerebral.

De acuerdo con Hebb (1980) la psicología es el estudio de la mente y para ello la conducta es su principal fuente de datos, ya que la mente es lo que controla la conducta, por lo tanto, es inexacto definir a la psicología como el estudio de la conducta. Lo que el autor sostiene, que se incluye dentro de la teoría de identidad, es lo siguiente: la mente es la capacidad de pensar; la conciencia es, de alguna forma, una actividad presente de los procesos de pensamiento, y el pensamiento es, en sí mismo, una actividad del cerebro. Basándose en esta perspectiva, el autor considera que la mente, es decir, el objeto de estudio de la psicología, es un problema biológico que se resolverá mediante el estudio del cerebro. Quienes se han dedicado a ello han hecho comparaciones entre el cerebro humano y el de otros mamíferos, encontrando varios factores que hacen superior al primero, pero que, sin embargo, dejan espacio para “algo” más. En busca de ese “algo”, Hebb propone 1) el lenguaje, aunque de este modo no se explica la existencia del lenguaje mismo; 2) algún proceso metabólico que haga a la neurona individual más eficiente, lo cual parece improbable; 3) la hipótesis que parece más probable se refiere a la cantidad de neuronas de axones cortos que contiene el cerebro, la proporción más alta de éstas -75%- se encuentra en los seres humanos, lo cual puede explicar la existencia de la mente humana. A pesar de todo lo dicho aún hay objeciones a esta teoría y sólo demuestra que es necesario continuar investigando al respecto, sobre todo considerando que para algunos teóricos la psicología tiene su lugar bastante diferenciado del de la biología o del de las ciencias sociales. A continuación trataremos los trastornos psicofisiológicos y se verá como algunas propuestas están matizadas por la idea mente-cuerpo.

1.1. Definición y clasificación

Sobre el concepto de “psicosomático”

El año de 1818 está marcado en la literatura como el año en que aparece por primera vez el término psicosomático. Algunos autores atribuyen este hecho al psiquiatra Johann C. Heinroth, quien escribió “el origen del insomnio es psicosomático” (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995). Otros autores mencionan a un poeta de nombre Coleridge como el

primero en utilizar el término; sin embargo, no proporcionan más información (Levy, 1985).

Saslow y Matarazzo (1966) distinguen tres actitudes respecto a estos fenómenos que están presentes a través del tiempo. La primera abarca todo el siglo XIX y más que psicossomático, ellos la describen como *medicina somatopsíquica*, en razón de que buscaban las causas de la psicopatología en la respiración, la circulación, etc. Hacia finales de este siglo, en cambio, los comentarios eran en el sentido de que las emociones no expresadas se descargaban inconscientemente en el sistema glandular. La tercera perspectiva, llamada *comprehensiva*, establece que algunos cambios corporales causan cambios mentales y viceversa.

El concepto siguió trabajándose a través de las aportaciones de la *Medicina Psicossomática*, disciplina asociada al nombre de Freud, quien, sin embargo, no exploró su campo sistemáticamente. Las contribuciones más importantes están citadas con el nombre de posteriores psicoanalistas. Deutsch en 1922, Dunbar en 1935 y Alexander y French en 1948 realizan investigaciones en las que se vinculan los desórdenes psicofisiológicos, las funciones de órganos y sistemas y ciertas enfermedades crónicas con las diversas personalidades y la tensión emocional (Saslow y Matarazzo, 1966). Franz Alexander hace una distinción entre los desórdenes psicofisiológicos y el desorden de conversión. Explica que los primeros involucran al sistema nervioso autónomo y a los músculos lisos, además los subdivide en trastornos del sistema nervioso autónomo parasimpático y del sistema nervioso autónomo simpático; en cuanto a los segundos, afirma que involucran al sistema nervioso sensoriomotor y a los músculos esqueléticos. Alexander también realiza la observación de que los seres humanos son los únicos que desarrollan enfermedades psicofisiológicas en condiciones ordinarias de vida, ya que se han visto casos similares de animales inferiores que también las desarrollan pero en situaciones de estrés extraordinario (Levy, 1985).

Alexander contribuye de esta manera a una línea de investigación iniciada por Cannon en 1915, quien estudió la relación entre el estrés y los ajustes corporales que

generaba. Más adelante, en 1935, Wolf y colaboradores hicieron mediciones de algunos índices fisiológicos cuando sus sujetos se encontraban en situaciones de relajación y durante entrevistas cuyos temas producían diversos niveles de ansiedad. Para 1950, tanto Flynn y colaboradores como Scott, se interesaron por la influencia de los factores congénitos y concluyeron que tales aspectos son muy importantes para determinar el tipo de respuesta fisiológica que surge ante ciertas situaciones (Saslow y Matarazzo, 1966).

Después de 1950, los avances tecnológicos permitieron hacer observaciones más detalladas de las funciones fisiológicas, incluso de los procesos químicos involucrados, por lo tanto, se hizo más propio referirse a los fenómenos que aquí tratamos como *psicofisiológicos*. Además, a partir de estos momentos, se comenzó a hacer una distinción entre las emociones o el estrés que se experimentan de manera aguda o crónica y con base en ello conservar su efecto en la fisiología del organismo. Otros autores optaron por una perspectiva más amplia, Mirsky, por ejemplo, en su publicación de 1958, relaciona la génesis de la úlcera duodenal con determinantes psicológicos, fisiológicos y sociales y concluye que tan equivocados están los que consideran que los factores determinantes de esta enfermedad son los físicos como los que consideran que son los factores psíquicos. Hinkle y Wolf, ya en 1957, habían sugerido que la enfermedad es un estado del organismo total. Otros autores se han ido adhiriendo a este punto de vista (Saslow y Matarazzo, 1966).

Trastornos psicofisiológicos comunes

La clasificación y el diagnóstico de los trastornos psicofisiológicos provienen básicamente del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) cuyas versiones han incluido algunas variaciones.

De acuerdo con Nathan y Harris (1983) desde un principio se habla de que este grupo de trastornos se caracteriza por síntomas físicos causados por factores emocionales que involucran un sólo sistema orgánico, generalmente bajo el control del sistema nervioso autónomo. Algunos ejemplos de trastornos psicofisiológicos según el sistema orgánico afectado son los siguientes:

- De la piel: Acné, urticaria, alopecia, enfermedad de Raynaud, hiperhidrosis.
- Musculoesqueléticos: Dolor de espalda, calambres musculares, dolor muscular, dolor de cabeza por tensión, artritis reumatoide, tortícolis.
- Respiratorios: Asma bronquial, síndromes de hiperventilación, rinitis vasomotora, bronquitis, laringitis e hipo crónico.
- Cardiovasculares: Deficiencia de las coronarias, disritmia cardíaca funcional, hipertensión, angina, migraña.
- Gastrointestinales: Úlcera péptica o duodenal, gastritis crónica, colitis, constipación o diarrea crónicas, hiperacidez, acidez crónica.
- Genitourinarios: Trastornos de la función sexual: impotencia, eyaculación precoz, frigidez y vaginismo; trastornos de la función urinaria: incapacidad para orinar en ciertas situaciones, orinarse en forma frecuente o involuntaria y enuresis.
- Endocrinos: Hipertirodismo, gota, diabetes, enfermedad de Addison.
- Sensoriales: Retinopatía angioespática, glaucoma, enfermedad de Ménière
- Trastornos hemáticos y linfáticos.

Los nueve grupos mencionados corresponden a todos los sistemas orgánicos del cuerpo humano; entre ellos, algunos trastornos han sido más y mejor estudiados, en cuanto a otros, especialmente los últimos tres, no hay suficiente evidencia de que sean enfermedades psicofisiológicas. Hasta este punto la clasificación corresponde al DSM-II (1968).

En el DSM-III y en su posterior versión, DSM-III-R, ya no existe la categoría de los trastornos psicofisiológicos, en cambio, en el eje I aparece la posibilidad de diagnóstico denominada “estado somático en que hay factores psíquicos que desempeñan un papel”, en donde dicho estado somático ha de especificarse en el eje III (Köhler, 1994).

El DSM-IV mantiene la idea de que los factores psicológicos pueden influir de forma significativa sobre el inicio y curso de cualquier trastorno orgánico. En esta edición la categoría se denomina *Factores psicológicos que afectan al estado físico*; en donde el primer criterio es la presencia de una condición médica, es decir, un estado físico que

implica una patología orgánica demostrable o un proceso patofisiológico conocido en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, estos estados o procesos se ubicarían fuera del capítulo de “Trastornos mentales y conductuales”, en cuanto a factores psicológicos el DSM-IV establece 6 tipos diferentes:

1. Trastornos mentales
2. Síntomas psicológicos
3. Rasgos de personalidad
4. Conductas desadaptativas relacionadas con la salud
5. Respuestas fisiológicas asociadas al estrés
6. Otros factores no especificados

Además, el Manual proporciona las diversas vías por las que los citados factores pueden afectar adversamente una condición médica:

1. Alterando el curso de una enfermedad.
2. Interfiriendo con el tratamiento de la condición médica.
3. Pueden ser un factor de riesgo adicional para la salud del individuo.
4. Precipitando o exacerbando los síntomas de una condición médica general a través de respuestas fisiológicas asociadas al estrés (DSM-IV, 1995).

Los trastornos psicofisiológicos en ocasiones se confunden con otros tipos de trastornos. Uno de ellos lo constituye el de los “Trastornos somatoformes”, es decir, los síntomas que sugieren una enfermedad somática pero de los que no se puede comprobar un daño orgánico ni indicar un mecanismo funcional conocido. Entre los subtipos más comunes con los que llega a confundirse están: a) los trastornos de conversión, que se caracterizan principalmente por síntomas pseudoneurológicos como parálisis, trastornos sensoriales sin sustrato orgánico, etcétera; b) la somatización, ésta abarca multitud de molestias somáticas pseudoneurológicas vagas no sistematizadas o de otras molestias somáticas para las que no se halla razón orgánica; c) hipocondría, caracterizada por la preocupación o por la creencia en una enfermedad seria que no existe realmente (Köhler, 1994). Por supuesto, también debe distinguirse a estos pacientes de los que verdaderamente presentan una enfermedad orgánica.

El diagnóstico de este tipo de trastornos requiere cubrir varios aspectos importantes. En primer lugar, se debe determinar que hay un daño orgánico o que existe un proceso patofisiológico conocido, lo cual es tarea del médico. Posteriormente es necesario diferenciar los factores psicológicos que se involucran con el trastorno, este es el trabajo propio del psicólogo. Los reportes con que se cuenta indica que la evaluación de estos trastornos se ha realizado mediante diversos métodos: inventarios de personalidad, principalmente el MMPI; cuestionarios de neuroticismo, por ejemplo el EPI; la entrevista estructurada se ha utilizado para distinguir entre los patrones de conducta tipo A y tipo B; con el mismo objetivo se han diseñado cuestionarios para la autoevaluación, el más conocido de ellos es el *Jenkis Activity Survey*; y, finalmente, para tomar en cuenta los eventos de la vida que pudieran ser estresantes se han elaborado listas de chequeo como la *Social Readjustment Rating Scale* que es la más conocida. Entre algunos cuestionarios que se realizan a estas formas de evaluación están las que van en el sentido de si la personalidad es causa del trastorno psicofisiológico o en realidad es su consecuencia (Köhler, 1994). Al llegar a este punto nos topamos con la pregunta del origen de los trastornos psicofisiológicos, tema que trataremos en el apartado siguiente.

1.2. Consideraciones etiológicas

Acerca del origen de los trastornos psicofisiológicos se han realizado varias investigaciones y observaciones cuyos resultados permiten la elaboración de teorías explicativas para estos trastornos. Las principales incógnitas a las que se enfrenta son: por qué en determinadas circunstancias sólo algunas personas desarrollan trastornos psicofisiológicos; por qué no se producen otra clase de trastornos psicológicos; y por qué surge cierto tipo de trastorno y no otro, por ejemplo, por qué asma en lugar de ulcera duodenal.

Teorías biológicas

La clase de propuestas hechas desde el punto de vista biológico para responder a las incógnitas ya planteadas se relacionan más con el origen de estos trastornos que con su desarrollo y, en consecuencia, con su tratamiento. La literatura psicológica presenta este tipo de teorías de manera muy resumida por lo que la exposición que haremos tendrá la misma característica.

Davison y Neale (1983) comentan que existe una tendencia a considerar que los trastornos psicofisiológicos pueden ser consecuencia de un proceso evolutivo, la suposición es que estos desórdenes son reacciones protectoras antiguamente útiles, esta propuesta se conoce como *teoría de la evolución*. Se ha sugerido también que los organismos pueden responder a la tensión de una manera muy particular mediante una causa genética; la consistencia que proporciona esta causa genética se observa en un sistema orgánico que es el más afectado y, por lo tanto, el más propenso a dar lugar a un trastorno psicofisiológico, esto es lo que se conoce como *teoría de la reacción específica*. Una tercera opción, quizás sobre la que más se ha escrito, es conocida como *teoría de la debilidad somática* y establece que los factores genéticos y/o enfermedades anteriores pueden incapacitar selectivamente un sistema orgánico particular haciéndolo más débil y vulnerable a la tensión.

Martin (1976) llama a esta perspectiva *predisposición biológica*, la cual explicaría la selección del síntoma somático, debido a que cada persona vería afectado su sistema orgánico más vulnerable o, lo que Maher (1970) llama, el “eslabón más débil”. Aquí la observación que hace este autor es que ya no es necesario buscar una relación entre los factores psicológicos y el tipo de trastorno adquirido. Mediante estas explicaciones dan respuesta a las cuestiones que presentamos al principio.

Teorías psicológicas

Como hemos visto, el psicoanálisis ha acompañado a la tradición psicósomática desde su nacimiento y, en consecuencia, es una de las teorías sobre lo psicológico que más ha especulado alrededor del origen de los trastornos psicofisiológicos. En general, las aportaciones del psicoanálisis se relacionan con un mismo punto: el hecho de que ciertos sentimientos o emociones generan procesos inconscientes cuya influencia se observa en forma de síntomas somáticos.

Maher (1970) habla de la *hipótesis del síntoma símbolo*, la cual sugiere que el síntoma está determinado por su afinidad simbólica con los problemas del paciente, la

relación entre estos factores sería la misma que se da para los síntomas histéricos. Muy pocos investigadores continúan trabajando dentro de esta línea.

La personalidad es uno de los rasgos psicológicos más tomados en cuenta para explicar la génesis de los trastornos psicofisiológicos. A este respecto se han elaborado dos teorías principales. *La hipótesis de la personalidad tipo* propone que las personas que padecen el mismo trastorno psicofisiológico poseen algunos rasgos de personalidad en común; de esta hipótesis se desprende que para cada trastorno habría un tipo de personalidad predeterminado. *La hipótesis de la personalidad materna* es una variante de la anterior y supone que los trastornos psicofisiológicos se desarrollan por causa de la acción recíproca entre el enfermo y su madre, ya que ésta posee unos rasgos particulares que engendran la relación psicofisiológica. Además de estas explicaciones, también se elaboró la *hipótesis de la emoción específica*, cuyo autor es Franz Alexander, quien afirmó que para cada desorden existe un conflicto típico (Maher, 1970).

Alexander (1950) supuso que los trastornos psicofisiológicos surgen cuando los conflictos infantiles reprimidos reviven por las circunstancias ambientales actuales. Los conflictos se experimentan como ansiedad y dan lugar a que el paciente regrese a un modo inmaduro de funcionamiento psicosexual. Es la regresión la que se acompaña de concomitantes fisiológicos específicos. Desde esta perspectiva, la etapa a la que regresa el paciente es la que determina el trastorno psicofisiológico que se experimentará.

Kleinmuntz (1974) comenta que las emociones asociadas con la etapa particular a la que se regresa son cruciales, debido a que esta emoción se experimentará a lo largo de la vida del paciente. Por ejemplo, la regresión al periodo oral conduce a sentimientos de dependencia que causan trastornos gastrointestinales. La relación que guardan la emoción y la enfermedad es la que da su nombre a esta teoría.

Hasta este punto las hipótesis mencionadas involucran una relación uno a uno entre el factor psicológico y el síntoma somático. Muchos autores encuentran esta relación muy atractiva y se han apegado a ella aunque difícilmente se ha podido comprobar

empíricamente. Las conclusiones que la confirman se basan en observaciones hechas con pacientes en la clínica y los datos experimentales con frecuencia proporcionan resultados incompatibles. Como alternativa a las suposiciones anteriores se han propuesto dos modelos con ciertas variantes: a) el *modelo no específico* que establece que toda la gama de factores psicológicos o psicodinámicos generan una misma correlación fisiológica independiente de su etiología; b) el *modelo de la especificidad de la respuesta individual* sostiene que cada individuo reacciona con respuestas características y consistentes ante una amplia variedad de estresores emocionales, independientemente de que se haya presentado un acontecimiento traumático en la vida temprana de la persona. El segundo modelo, que pone énfasis en la respuesta individual, se ha adaptado favorablemente a las investigaciones y ha tenido buenos resultados (Nathan y Harris, 1983).

A continuación vamos a presentar otra serie de hipótesis que ya no incluyen factores dinámicos sino otro tipo de aspectos psicológicos.

Teoría de la actitud específica. El autor de esta propuesta es Graham. Su hipótesis establece que cada trastorno psicofisiológico está asociado con una actitud específica hacia los eventos de la vida y que esas actitudes pueden precipitar, y en ocasiones exacerbar, los síntomas psicofisiológicos. Esta hipótesis fue puesta a prueba con un experimento en el que a los sujetos se les inducen ciertos sentimientos bajo estado de hipnosis. El autor pudo diferenciar claramente la actitud asociada con 18 trastornos psicofisiológicos; por ejemplo, para la enfermedad de Raynaud hay una actitud de querer emprender una acción agresiva, o para el dolor de espalda se experimentan sentimientos como caminar o correr lejos de algo (Kleinmuntz, 1974).

Teoría de la especificidad Estímulo-Respuesta. En este caso el supuesto es que un determinado estímulo, o complejo estimular, induce determinadas respuestas fisiológicas y, en consecuencia, una determinada enfermedad en diferentes personas. Algunos investigadores que partieron de esta hipótesis encontraron, por ejemplo, que los estímulos inductores de ira afectan la secreción de jugos gástricos, en consecuencia, esta clase de

estímulos estaría relacionada con las enfermedades gastrointestinales (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995).

El condicionamiento de respuestas psicósomáticas. Los experimentos que se han llevado a cabo para provocar una reacción psicofisiológica mediante condicionamiento han recurrido básicamente al procedimiento pavloviano: se presenta un estímulo el cual evocará una respuesta psicofisiológica; apareado con este estímulo hay otro estímulo neutro que no produce normalmente la respuesta psicofisiológica; después de unos apareamientos suficientes se observa la aparición de la respuesta hacia el estímulo neutro cuando es presentado solo. Las investigaciones que apoyan esta hipótesis han sido muy claras en lo que respecta a la aparición de ataques asmáticos (Maher, 1970). Sin embargo, otros autores agregan a estas conclusiones el hecho de que el condicionamiento debe considerarse más como un factor que exacerba la enfermedad y no que la causa. Por ejemplo, el condicionamiento clásico puede aumentar el número de estímulos ante los que se produce cierto desorden psicofisiológico; mediante condicionamiento instrumental los síntomas del trastorno pueden estar siendo reforzados (Davison y Neale, 1983). Por su parte Nathan y Harris (1983) exponen el modelo de trastorno psicofisiológico que Lachman desarrolló durante los años 1963 a 1972 basado en la teoría e investigación del aprendizaje. Su premisa específica es que los trastornos psicofisiológicos son aprendidos, salvo en raras excepciones, mediante exposición prolongada a situaciones de estrés. Durante esta exposición se producen reacciones implícitas, es decir, alteraciones en el ritmo cardiaco, presión sanguínea, tensión muscular e índices de secreción gástrica. La repetición constante de una reacción implícita conducirá irremediabilmente a la aparición de un trastorno psicofisiológico. De acuerdo con el autor de esta hipótesis hay cinco posibles mecanismos de aprendizaje que pudieran dar lugar a los trastornos psicofisiológicos.

1. *Aprendizaje de la situación de estímulo.* Ciertos estímulos pueden adquirir la capacidad de evocar reacciones implícitas mediante condicionamiento clásico.
2. *Reintegración emocional.* Un solo elemento en una cadena estímulo-respuesta que incluya componentes fisiológicos puede por si misma provocar la reacción implícita.

3. *Generalización de estímulo.* Pasado el tiempo, una reacción implícita que inicialmente se asoció con un estímulo específico del medio ambiente puede evocarse por estímulos similares.
4. *Estímulos simbólicos.* Los estímulos simbólicos, como el lenguaje, también pueden ser capaces de provocar reacciones implícitas a los estímulos del medio ambiente identificados por aquellos símbolos con los que están asociados.
5. *Ideación.* Una persona puede experimentar respuestas implícitas al pensar en las situaciones que típicamente las provocaron.

Posteriormente, los trastornos se mantienen con base en el reforzamiento diferencial, un ejemplo es el caso del niño cuyo padecimiento de asma lo mantiene en casa sin asistir a la escuela. También es posible que se produzca un “círculo vicioso” que no sólo mantiene sino que intensifica el trastorno; por ejemplo, el asmático que se preocupa continuamente de su asma, es probable que con ello haga que sus ataques sean peores cuando se presenten.

Perspectivas actuales

Las secciones precedentes muestran teorías que centran su explicación ya sea en el factor psicológico o en el biológico. Otra línea de investigadores han optado por considerar ambos factores a un mismo tiempo, con ello han dado lugar a nuevas hipótesis que presentaremos a continuación.

Un modelo interactivo. Para Martin (1976) es más razonable esperar que el mismo síntoma psicofisiológico pueda resultar de diversas variaciones en las predisposiciones biológicas y en las experiencias de aprendizaje. Esto incluiría, para una misma persona, la posibilidad de que surja un trastorno psicofisiológico por medio de condicionamiento clásico, aprendizaje operante y/o aprendizaje por observación, combinados con los factores biológicos.

El proceso somatopsíquico-psicosomático. Levy (1985) presenta con cierto detalle la aportación que Mirsky denominó *somatopsychic-psychosomatic process*, esta teoría supone que ciertas enfermedades tienen su origen en el momento del nacimiento, o un poco después, como resultado de vulnerabilidad de órgano innata. Las experiencias de la vida que generan tensión eventualmente resultarán en el desarrollo de ciertos rasgos de carácter y en una forma de dar un significado especial a los conflictos asociados con el órgano afectado. La repetición de estos conflictos seguirá afectando el órgano vulnerable hasta que se produzca una lesión orgánica. La hipótesis de Mirsky tiene amplia comprobación empírica en lo que respecta al caso de úlcera duodenal. Las investigaciones han permitido concluir que el desarrollo de este tipo de úlcera depende de la presencia del factor predisposicional de un gran número de células principales en el estómago, de la tensión ya presente en la infancia temprana como efecto de este factor predisposicional y de la repetición de esta tensión más adelante en la vida.

El complejo de rendición. Los autores de esta propuesta, Schmale y Engel, se interesaron por la pregunta de cómo una persona llega a enfermar o morir en un plazo específico. Encontraron que si la persona tiene un deseo de vivir, vivirá; pero si no tiene ese deseo, entonces morirá. De esta manera concluyen que ciertos estados psicológicos parecen estar asociados con buena salud y otros con enfermedad y muerte. Ejemplos de los primeros son sentimientos de alegría, felicidad, esperanza, confianza y éxito. Ejemplos de los últimos serían desamparo, desesperación, humillación y pesar. Usualmente, el complejo *giving-up-given-up*, como ellos lo llamaron, surge en respuesta a una pérdida, la cual puede ser real, fantaseada o actuada, y que da lugar a efectos depresivos. Los sentimientos de desamparo y de incapacidad, acompañan una autoimagen de no ser competente ni tener el control, también se da una pérdida de gratificación de las propias relaciones interpersonales y una ruptura de la continuidad entre pasado, presente y futuro. La persona que se siente así comienza a recordar otras ocasiones en las que se ha sentido igual, entonces cree que su situación no se puede resolver. A lo largo de la vida de la persona el complejo puede presentarse e irse sin llegar hasta este punto, pero en esta etapa el individuo es particularmente propenso a la enfermedad física. Los autores de esta propuesta consideran que complejo no es esencial para el desarrollo de la enfermedad orgánica sino que es un

antecesor del inicio de muchas enfermedades físicas, debido a que se altera el sistema biológico y ya no puede defenderse ni enfrentar los agentes patológicos potenciales y los problemas físicos incipientes (Levy, 1985).

Los trastornos psicofisiológicos como fenómenos multifactoriales. De acuerdo con Sandín, Chorot, Santed y Jiménez (1995), la tendencia más reciente es considerar el campo de la psicósomática como multifactorial y multidisciplinario. Lo primero hace referencia a que las causas y mantenimiento de la enfermedad física dependen de múltiples factores, por ejemplo, biológicos, psicológicos y sociales. El segundo pone de relieve la necesidad de abordar el problema de los trastornos psicofisiológicos desde diferentes disciplinas, no exclusivamente desde la psicología o psiquiatría. Entre las innovaciones que esta vertiente ha traído consigo podemos contar:

1. La inclusión de los principios del aprendizaje instrumental de respuestas autónomas al campo de la psicósomática.
2. El modelo psicosocial del estrés que busca la influencia de los factores psicósomáticos sobre la salud y que han generado toda una línea de evaluación psicométrica del estrés.
3. La conexión entre estrés y enfermedad considerada a través de la interacción estímulo-cognición-emoción que otorga mayor relevancia a la valoración que la persona hace de la situación estresora; de este modo el “estrés” ya no es algo característico de la situación sino un proceso que deriva de la interacción entre la misma situación y la valoración que el sujeto hace de ella.
4. Se asigna mayor importancia a ciertos factores psicológicos como moduladores, mediadores y de riesgo respecto a la enfermedad física; entre ellos estarían los estilos personales de reacción al estrés, las estrategias de afrontamiento, los hábitos de conducta, etcétera.
5. Se han abordado otro tipo de trastornos que antes no se incluían en este campo. Uno de ellos, los que están asociados al sistema inmunológico, ha dado lugar al desarrollo del área conocida como *psiconeuroinmunología* (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez 1995).

Como parte de esta renovación ha surgido una teoría general sobre los trastornos psicofisiológicos, nos referimos a la *teoría de la disregulación*, descrita por Sandín, Chorot, Santed y Jiménez (1995) y cuyo autor Schwartz se basa en la consideración del organismo como un sistema de autorregulación. Supone, entonces, principios tradicionales como el de homeostasis y los vinculados con la cibernética, la teoría de sistemas y el *biofeedback*. La teoría establece un proceso de cuatro etapas que se desarrolla como sigue:

Etapas 1. De las demandas ambientales. Cuando el individuo se enfrenta a demandas ambientales inductoras de estrés, su cerebro efectúa las regulaciones necesarias para conocerlas. Dependiendo de la naturaleza de éstas, ciertos sistemas serán activados, mientras que otros pueden ser simultáneamente inhibidos. Sin embargo, cuando este proceso se mantiene hasta el punto de que el tejido sufra deterioro o daño, los circuitos de *feedback* negativo del mecanismo homeostático normalmente se ponen en marcha, forzando al cerebro a modificar sus directrices para ayudar al organismo afectado, frecuentemente este mecanismo de *feedback* negativo causa la experiencia de dolor. Así, por ejemplo, si una persona está comiendo mientras está con mucha actividad, su estómago puede ser incapaz de funcionar adecuadamente. En consecuencia, el estómago puede enviar *feedback* negativo hacia su cerebro, que es experimentado como dolor de estómago. Esta señal correctiva hace que el cerebro modifique la regulación en aspectos concretos, tales como hacer que la persona baje su actividad y permita que la digestión transcurra normalmente. Los estímulos del medio externo pueden forzar al cerebro a que ignore el *feedback* negativo procedente del órgano periférico, por ejemplo, el estómago. Una persona sometida a estrés inevitable debe continuar actuando de cierta forma, a pesar de que el *feedback* negativo le pide cambiar su comportamiento.

Etapas 2. Del procesamiento de la información del sistema nervioso central. El cerebro puede estar programado, inicialmente por la herencia y posteriormente por aprendizaje, para responder inapropiadamente a los estímulos internos y externos. De este modo, aunque el *feedback* negativo enviado por los órganos maltratados puede estar presente, el cerebro puede responder de forma inapropiada. Es decir, el cerebro puede

seleccionar actuar ignorando el *feedback* negativo correctivo o puede responder a él inadecuadamente, esto es, deteriorando el órgano periférico.

Etapa 3. Del órgano periférico. El propio órgano puede responder de forma hipo o hiperactiva a las señales provenientes del cerebro. Esta es la traducción literal de lo que a veces se ha llamado “debilidad de órgano” en algunas teorías psicosomáticas. Esto explica por qué, en respuesta al mismo estrés ambiental, sólo ciertos órganos se alteran. Es posible que el cerebro sea incapaz de establecer la regulación necesaria para compensar el *feedback* alterado enviado por el órgano defectuoso, o bien que, aunque envíe las señales apropiadas, éstas no sean suficientes para modificar el funcionamiento de un órgano enfermo.

Etapa 4. Del feedback negativo. El *feedback* negativo enviado por el órgano periférico puede ser inapropiado. Un ejemplo externo de alteración en este nivel lo encontramos en algunas personas que nacen sin el sistema natural para responder al dolor, estas personas están en constante peligro de herirse seriamente.

Este abordaje acerca de la etiología de los trastornos psicofisiológicos, ha dado lugar al surgimiento de nuevas disciplinas.

1.3. Las nuevas alternativas

Al final del apartado anterior señalamos la idea de que esta clase de trastornos dan lugar a un campo multidisciplinario. Como consecuencia de ello han comenzado a surgir nuevas áreas y modelos en donde la conexión entre ciertas disciplinas se hace explícita. En el texto presente haremos una breve exposición de las principales propuestas que han surgido.

En primer lugar, ya está reconocido, desde 1922, el campo de la *medicina psicosomática*, territorio que surgió como un enfoque médico de la enfermedad que se opone a la tradicional orientación dualista sobre el ser humano, es decir, mente y cuerpo separados, proponiendo en su lugar la idea de inseparabilidad entre lo psíquico y lo somático. El objeto de esta nueva disciplina es estudiar en su interrelación los aspectos psicológicos y fisiológicos de todas las funciones corporales normales y anormales y, por

consiguiente, integrar la terapia somática y la psicoterapia. De acuerdo con los primeros autores que comenzaron a escribir sobre esto, la medicina psicosomática consiste en una aproximación psicológica cuyo interés principal es la interrelación entre la vida emocional y los procesos corporales. Más adelante se detalló que se fundamenta en una aproximación holista al cuidado del paciente y que aplica los métodos derivados de las ciencias conductuales para la prevención y tratamiento de la mortalidad humana (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995).

Una manera diferente de establecer canales de comunicación entre disciplinas anteriormente desconectadas se conoce ahora como *Medicina conductual*. Donker (1991) proporciona las siguientes definiciones de este campo:

- El uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta, para la evaluación, prevención entrenamiento o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica.
- El comportamiento de investigación que contribuye al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con los trastornos médicos y con los problemas en el cuidado de la salud.
- El campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual y biomédica, así como el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, tratamiento y rehabilitación.

Por su parte, Sheridan y Radmacher (1992) establecen que la medicina conductual es la aplicación de la terapia y el análisis conductuales a la medicina, particularmente se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Una subárea importante de este campo se conoce como *salud conductual*, la cual se relaciona con la prevención de la enfermedad y el mejoramiento de la salud.

La medicina conductual se ha aplicado a problemas como obesidad, tabaquismo, dolor crónico, hipertensión y más recientemente al tratamiento de artritis, diabetes, cáncer, conducta tipo A y asma. Las contribuciones y el cuerpo teórico que se han ido generando

han dado lugar a otro campo interdisciplinario denominado *Psicología de la salud*, cuya definición reconocida por la APA la señala como el conjunto de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, para la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, la enfermedad y las distribuciones relacionadas y para el análisis y mejora del sistema de cuidado y de formación de la salud (Sheridan y Radmacher, 1992).

De acuerdo con Sheridan y Radmacher (1992), como un campo aplicado de la psicología, la psicología de la salud se ha beneficiado grandemente de conceptos, métodos y descubrimientos de las teorías psicológicas: retoma los procedimientos del condicionamiento clásico y del operante provenientes de la aproximación conductual; las aportaciones de la perspectiva cognitivo-conductual; el *biofeedback* que surge de la psicofisiología y que consiste de la aplicación de instrumentos diseñados para monitorear, amplificar y “alimentar” una variedad de reacciones corporales que el individuo puede reconocer y entonces es capaz de modificar para crear el estado deseado; los principios básicos de la teoría general de sistemas como fundamento del modelo bio-psico-social; así mismo reconoce la perspectiva fenomenológico-existencial. Lo anterior significa que un psicólogo formado bajo los preceptos de una de estas escuelas puede desempeñarse como psicólogo de la salud retomando sus conocimientos básicos y al mismo tiempo, llevando a cabo algunas de las propias actividades que están incluidas dentro del campo de la psicología de la salud: investigación básica y aplicada, de la misma manera que aplicación en la clínica o en las organizaciones. Uno de los objetivos de investigación que se trabaja con más frecuencia es cómo responde el cuerpo al estrés y qué clase de estrés es más letal. En el área aplicada, los psicólogos están elaborando programas de tratamiento para enseñar a las personas a controlar dolores de cabeza o manejar su diabetes.

También ha surgido el área llamada *Psicología médica* como un campo de la psicología aplicada que reúne conocimientos y provee conceptos explicativos y criterios clínicos en relación con los aspectos psicológicos de los problemas médicos y del trabajo médico. El marco teórico de esta disciplina lo constituye la teoría general de sistemas, la

cual, en palabras del autor, permite transitar de lo biológico a lo psicológico y social; sin embargo, se nutre tanto de sus propias observaciones como de las aportaciones que hacen las ciencias biomédicas y las ciencias humanas. Algunas de las características las retoma de las principales teorías psicológicas: aborda los problemas a nivel de comportamiento explícito de la misma manera que lo hace la corriente conductual; de la corriente fenomenológica retoma como foco de interés las experiencias mentales, los estados y contenidos de la conciencia, y, como la corriente psicodinámica, aborda los problemas humanos en términos de motivos y conflictos inconscientes y relaciones significativas (De la Fuente, 1959).

En realidad podríamos seguir mencionando nuevas opciones de perspectivas psicológicas aplicadas a problemas relacionados con salud física; sin embargo, el panorama anterior nos muestra la esencia de las tendencias presentes: tomar de una teoría lo que ha probado su eficacia y fusionarlo con las áreas ventajosas de otras teorías, perdiendo con ello la claridad de la actividad basada con una teoría coherente.

Una visión semejante se hará evidente cuando tomemos como punto de partida los factores, psicológicos, que se han vinculado con los problemas de salud física. En el próximo capítulo se hará la exposición de aquellos eventos psicológicos que se han relacionado con mayor frecuencia con los trastornos psicofisiológicos o con el deterioro de la salud física en general.

CAPÍTULO 2

FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON ENFERMEDAD

En el terreno de la psicología aplicada al campo de la salud ha comenzado a hacerse una diferencia entre *estar* y *ser enfermo*. Se ha cuestionado acerca de la existencia de enfermedades y de personas enfermas. Tradicionalmente se consideraba que un agente externo producía el estado de enfermedad, pero ahora se sabe que intervienen otros aspectos además de los puramente biológicos, incluso se habla de que se puede aprender a estar enfermo. En este capítulo abordaremos los diversos puntos que hay acerca de cómo los factores psicológicos conducen a enfermedad física.

2.1. Factores emocionales

Uno de los primeros factores psicológicos que se involucra con la enfermedad es la emoción, fenómeno que ha sido abordado desde diferentes perspectivas, a continuación presentaremos las principales.

Teorías psicoanalíticas

El Psicoanálisis fue primero un “método de investigación y curación” (Freud, 1984, p. 2774) fundamentado en el descubrimiento que su autor, Sigmund Freud, hizo de la *represión*; pero posterior y finalmente se convirtió en una teoría cuyo propósito es dar cuenta de los factores dinámicos del conflicto psíquico y de la *represión*. Es así como el propio Freud postula que “las teorías de la resistencia y de la *represión* de lo inconsciente, de la significación etiológica de la vida sexual y de la importancia de los sucesos infantiles son los elementos principales del edificio teórico psicoanalítico” (Freud, 1981, p. 2780).

El legado teórico de Freud es amplio y complejo por lo que dejaremos la tarea de resumirlo a autores con mayor experiencia. De acuerdo con Marx y Hillix (1985), en tales escritos se puede leer su concepción del *aparato psíquico*, cuyo contenido podía ser *consciente o inconsciente*. Freud suponía que el material inconsciente opera de acuerdo con

el *proceso primario* y lo consciente según el *proceso secundario*. Lo consciente se puede entender según la lógica ordinaria, pero lo inconsciente se encuentra bajo la acción de diversos mecanismos, que se pueden observar, por ejemplo en los sueños, y que dan lugar a un contenido –consciente- ilógico. La *libido* es energía para el aparato mental que surge de las tensiones biológicas, principalmente las sexuales. El aparato psíquico está constituido por tres entidades: el *ello*, principal reservorio de la libido e inconsciente, opera de acuerdo con el *principio del placer*, el *yo*, es el agente que entra en contacto con la realidad y opera bajo el mismo principio; junto con los anteriores está el *superyó*, tiene dos subsistemas, una conciencia moral que castiga y un ideal del yo que premia la conducta, su función es detener por completo ciertas actividades placenteras mediante actividad principalmente inconsciente.

De acuerdo con Bernstein y Netzel (1982), los supuestos básicos de este modelo son:

1. La conducta humana y su desarrollo se determina principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente.
2. Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifestaron abiertamente, sean éstas problemáticas o no.
3. Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos, en donde tienen elevada importancia las relaciones con los padres, hermanos, abuelos, compañeros y personas con autoridad.
4. La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación se dirigen a la búsqueda de los aspectos sutiles de la actividad intrapsíquica o, como lo dicen los psicoanalistas: a hacer consciente lo inconsciente.

La definición de emoción que se puede obtener a partir de los escritos de Freud contiene tres elementos, pulsión, idea y afecto, de acuerdo con los cuales: 1) una emoción es ella misma una pulsión esencialmente inconsciente; 2) es una pulsión más una idea, es decir, es la pulsión que viene del inconsciente pero encaminada a un objeto consciente, se

consideraría que la emoción es inconsciente cuando la idea se separa de la pulsión y la persona la experimenta sin saber cómo o por qué, y 3) es un afecto, simplemente un sentimiento; desde este punto de vista, la emoción no sería inconsciente, sólo sus causas (Calhoun y Solomon, 1989).

La hipótesis psicoanalítica sobre los trastornos psicósomáticos se inició con las observaciones de Freud con mujeres histéricas. Freud llegó a la conclusión de que auténticos síntomas físicos eran causados por fuerzas psíquicas inconscientes. Un razonamiento similar fue adoptado para explicar los síntomas psicósomáticos.

De acuerdo con Alexander y Selesnick (1970) algunos autores alemanes insistían en la importancia de los factores emocionales en los malestares físicos y en las enfermedades orgánicas crónicas. Entre los representantes de esta perspectiva destacan Felix Deutsch, Georg Groddeck y Karl Fahrenkamp, entre otros, quienes coincidían en considerar que los conflictos inconscientes se expresaban como enfermedades orgánicas. Posteriormente, los estudios de Alexander realizados en el Instituto Psicoanalítico de Chicago y que retoman el interés de la escuela alemana, permitieron concluir qué tipo de emoción se vinculaba con cada trastorno. Por ejemplo los trastornos intestinales se centran en dificultades emocionales producidas por fracasos; la artritis reumatoide es consecuencia de alteraciones en la expresión muscular de las emociones; la hipertensión esencial surge por la inhibición de la expresión libre de la ira. Dunbar (1954) se dedicó a estudiar un gran número de pacientes con enfermedades orgánicas, lo que le permitió encontrar semejanzas psicológicas en pacientes con la misma enfermedad; presentó esas similitudes como perfiles de personalidad, por ejemplo, la personalidad del ulceroso, del artrítico, entre otras. Los psicoanalistas suponen que la energía liberada por una emoción que es inconsciente no se expresa de la forma apropiada y, por lo tanto, es orientada hacia el interior del propio organismo dañando algún sustrato físico. Sea cual sea el trastorno, el psicoanálisis se propondría hacer consciente lo inconsciente para evitar que el individuo se afecte a sí mismo.

Teorías de la sensación y fisiológica

Los estudios interesados en este campo surgieron cuando la psicología se diferenció lo bastante de la fisiología, pero algunos investigadores creyeron que era necesario un punto intermedio. Conocida como Psicofisiología surgió la rama de la psicología que estudia las relaciones existentes entre el comportamiento y el sistema nervioso, los receptores y las glándulas endocrinas, es decir, estudia los correlatos fisiológicos de la conducta. Durante todo el siglo XIX, desde 1811 hasta 1873, se produjeron diversos descubrimientos que contribuyeron a la formación de la Psicofisiología muchos de ellos encaminados a demostrar que las experiencias psicológicas tienen una base fisiológica, otros se interesaron por estudiar la anatomía cerebral y su relación con el comportamiento. Con los trabajos de Wundt, el “estudio de la conciencia” adquirió comprobaciones experimentales (Ardila, 1973).

Una teoría de la emoción es la que se centra en las sensaciones que la gente experimenta; otra teoría busca identificar los diversos cambios y alteraciones fisiológicos detrás de una emoción. Las dos consideran la emoción como un sentimiento que ocurre en la persona, que dura un periodo de tiempo determinado y que puede tener una ubicación definida en el cuerpo. Algunos partidarios de estas creencias han llegado a suponer que sentir la emoción sólo es percibir los trastornos fisiológicos inherentes (Calhoun y Solomon, 1989).

Una de las aportaciones más representativas en este campo ha sido la realizada por el fisiólogo americano Walter Cannon, quien demostró que el organismo responde a las situaciones de emergencia con ciertos cambios adaptativos en su fisiología total y demostró que los estados emocionales activan funciones fisiológicas que preparan al organismo. La ira y el miedo fueron las emociones más estudiadas por Cannon, quien encontró que ambas emociones estimulan las glándulas suprarrenales, las cuales activan el metabolismo de los carbohidratos de manera que el azúcar esté dispuesto para proporcionar energía, también se producen cambios en la presión sanguínea y simultáneamente se inhiben las funciones de asimilación y digestión. Este punto de vista fue ampliado por Leopold Alkan, quien insistió en que las tensiones crónicas emocionales pueden dar lugar a alteraciones físicas que

pueden condicionar finalmente enfermedades orgánicas crónicas (Alexander y Selesnick, 1970).

Una de las teorías más importantes dentro de este marco es la teoría de James-Lange, nombre con el que se conoce a la propuesta basada en la aportación que William James hizo en 1890 y a la posterior ampliación hecha por el psicólogo danés Carl Lange, la cual supone que los cambios fisiológicos periféricos preceden a la misma experiencia emocional y que el patrón de cambio fisiológico periférico es diferente de una emoción a otra. Esta teoría fue rápidamente criticada por Cannon y posteriormente diversos autores intentaron probarla experimentalmente. A partir de los estudios de laboratorio se obtuvo lo siguiente: 1) los cambios fisiológicos provocados por fármacos no producían emociones en la mayoría de los sujetos y sólo un porcentaje mínimo de los participantes manifestaba sentir algo parecido a una emoción pero no una emoción auténtica; 2) aunque se notaron algunas diferencias en cuanto a respuesta hormonal y ritmo cardíaco, éstas no fueron suficientes para distinguir patrones fisiológicos característicos de distintas emociones. Con base en esta última observación se consideró que la mayoría de las emociones son una mezcla de distintos estados sensitivos. También se diferenció entre emociones básicas, la alegría, la ira y el miedo, y emociones resultantes al combinarse las básicas como los celos y la culpabilidad (Bakal, 1996).

Teorías cognoscitivas

No es nuestro propósito definir estas teorías, sino mostrar el panorama histórico en el que surgen por lo que sólo mencionaremos las influencias más importantes sin profundizar en ellas. Las teorías cognoscitivas provienen de las ciencias cognitivas que hacen su aparición en el terreno del conocimiento entre 1955 y 1965 y que repercuten en la psicología hasta los años 70. Diversos movimientos influyeron para que se desarrollaran los modelos cognitivos: el del procesamiento de la información hizo que en sus inicios la psicología cognitiva se preocupara por el almacenaje, recuperación y procesamiento de la información; el movimiento conexionista, que surge gracias a la construcción de las grandes computadoras, viene a complejizar la analogía mente-ordenador; el constructivismo que enfatiza la naturaleza activa de todo conocimiento influye a los

teóricos cognitivos para considerar el cerebro/mente como un sistema orgánico de actividades relacionadas unas con otras; finalmente, la hermenéutica es retomada en la consideración de que las interacciones están limitadas por las interpretaciones únicas y particulares de un individuo (Mahoney, 1997). Además, otros autores también consideran la influencia de la lingüística, sobre todo el estudio de Chomsky sobre las estructuras subyacentes a la comprensión y producción del lenguaje; así como la obra de Piaget a cerca del desarrollo de las estructuras y los procesos internos que subyacen a los cambios evolutivos de la conducta humana (Mayer, 1981).

Actualmente, con el nombre de Psicología cognitiva se identifica al análisis científico de los procesos y estructuras mentales humanos con el fin de comprender la conducta humana (Mayer, 1981).

Las terapias cognoscitivas suponen que los conocimientos o pensamientos de la persona son una de las fuentes principales de trastornos psicológicos. La terapia cognoscitiva trata de modificar los sentimientos y conducta del cliente al modificar sus pensamientos. Sus seguidores consideran que los cambios efectuados en el conocimiento de los clientes producirán cambios positivos en sus conductas problema (Kendall y Norton-Ford, 1988).

Dentro de este enfoque las emociones son consideradas total o parcialmente como cogniciones o como algo que depende de la lógica o casualmente de las cogniciones, es decir, de las creencias o interpretaciones que las personas hacen de una cosa o una situación. Para los seguidores de esta perspectiva no es suficiente un estado de excitación fisiológica, sino que es necesaria una conciencia e interpretación de la propia situación. Uno de los rasgos distintivos de esta teoría es que realiza un análisis de la racionalidad de las emociones. El supuesto básico es que lo racional de una emoción está vinculado con la creencia de la que proviene. La emoción puede ser irracional para una situación particular, pero sólo lo es porque se tienen creencias erróneas o injustificadas sobre la situación (Calhoun y Solomon, 1989).

Las creencias positivas producen emociones “positivas” ya que en otro extremo se ubican las emociones “negativas”. Se dice que los efectos de las segundas son devastadores para el funcionamiento orgánico, o que la ausencia de una emoción positiva deteriora el resultado de un tratamiento médico. Las emociones positivas están asociadas con cierta inmunidad a la enfermedad física y con las recuperaciones rápidas y sin complicaciones cuando se presenta la enfermedad. El paciente que tiene confianza en la eficacia del tratamiento tiene más probabilidades de mostrar mejoría que el que no muestra ninguna expectativa o que aquél que más bien desconfía del tratamiento (Coleman, Butchuer y Carson, 1988). En ocasiones ocurren sucesos como éste, incluso cuando el tratamiento utilizado no provoca ningún efecto real sobre la patología, este fenómeno se conoce como el *efecto placebo*, y ha provocado enorme controversia alrededor de la eficacia de los tratamientos y medicamentos hasta tal punto que se ha sugerido que de no ser por el efecto placebo la profesión de la medicina no habría sobrevivido al presente siglo, porque antes de este siglo la medicina tenía muy poco que ofrecer a los que padecen enfermedades. Al hecho de que los pacientes se curen sin que el medicamento tenga las propiedades para lograrlo algunos lo han llamado el poder de la “fe” en la curación. En el lado opuesto nos encontramos con el efecto de las emociones negativas sobre la aparición y desenlace de una enfermedad. Bajo esta perspectiva se habla de fenómenos tales como la “muerte vudú”, las “muertes por apatía” y, por supuesto, las enfermedades psicósomáticas o, incluso, muertes “inexplicables” en personas que a pesar de su buena salud parecen decidir sobre el momento de su muerte (Coleman, Butchuer y Carson, 1988).

En cuanto a su propósito, las observaciones han llevado a la impresión de que las emociones en general desorganizan e, incluso, son influencias patológicas; sin embargo, la mayoría de las observaciones se han realizado con pacientes neuróticos y psicóticos. Esta conclusión se refiere, sin embargo, sólo a las emociones denominadas negativas y cuando son de gran intensidad. Por el contrario, a las emociones placenteras se les considera importantes para la adaptación normal del individuo según la clase de respuesta conductual a que den lugar (Orme, 1971).

Teorías conductuales

El conductismo se incluye dentro de las teorías psicológicas denominadas objetivas. El fundador de esta teoría fue John B. Watson, quien publica varios escritos en los que muestra su particular punto de vista y donde se nombra “conductista”. La importancia de los escritos de Watson radica en que en ellos explica diversos puntos: define a la Psicología como una ciencia natural, establece que su objeto de estudio es la conducta humana; postula que la conducta se compone de los elementos llamados respuestas y que ésta puede ser estudiada mediante informes objetivos. Esta teoría sería ampliada posteriormente por otros conductistas, quienes estudiaron a fondo las implicaciones del paradigma estímulo-respuesta y dieron lugar a procedimientos de aprendizaje que denominaron condicionamiento (Marx y Hillix, 1985).

De acuerdo con Bernstein y Netzel (1982), las teorías conductuales tienen las siguientes características:

1. Subrayan la importancia de la conducta medible y la toman como objeto de la Psicología. Por medible no quiere decir “manifiesta”, ya que se interesan por respuestas objetivas tanto como por respuestas más sutiles.
2. Acentúan la importancia de la influencia ambiental sobre la conducta y consideran a los factores genéticos como un cimiento general sobre el que el ambiente moldea los detalles de la conducta.
3. Emplean los métodos y procedimientos de la ciencia experimental como los medios principales para ampliar el conocimiento de la conducta, su evaluación, desarrollo y modificación.
4. Consideran que los mismos principios de aprendizaje determinan tanto la conducta problemática como la no problemática.

Los teóricos conductuales consideran que la conducta observable es la base para analizar la emoción. Bajo el término “conducta emocional” se incluyen 1) acciones físicas y verbales de tipo deliberado o voluntario, como gritar de gozo y abrazar afectuosamente a un amigo; 2) respuestas innatas como llorar de pesar o sobresaltarse por un sonido inesperado; 3) los pensamientos no expresados, y 4) los cambios fisiológicos obvios como el rubor de

la vergüenza. Muchos autores de este campo reconocen además una *disposición* a exhibir la conducta emocional. De este modo, argumentan que la conducta observable no es la expresión de otro fenómeno, sino que la conducta y la disposición a comportarse así constituyen la propia emoción (Calhoun y Solomon, 1989).

Los avances hechos en teoría del condicionamiento, para algunos principalmente el clásico y para otros principalmente el operante, han llevado a elaborar una técnica de aprendizaje para el control de las respuestas fisiológicas que se ha utilizado para afrontar los efectos de constantes reacciones emocionales denominada *biofeedback*.

Diferencias emocionales debidas al sexo

A partir de la observación de que la sociedad acepta con mayor facilidad las manifestaciones emotivas de las niñas que de los niños se ha llegado a confirmar que ciertas emociones son exclusivas de las mujeres. El miedo asociado a su vulnerabilidad física, la risa abierta y exagerada, propensiones al engaño, la perseverancia, la depresión, el desaliento, la honestidad, la prudencia, la vanidad y poco espíritu de dominación son algunas cualidades de carácter atribuidas al género femenino. La agresividad es un rasgo comúnmente masculino junto con mayor resistencia y, de acuerdo con algunos autores, tendencia paranoica. Se considera que estas distinciones son consecuencia de un umbral de sensibilidad inferior en la mujer y en los mecanismos fisiológicos propios de su constitución ya que muchas de las crisis emocionales que experimentan suceden simultáneamente con los cambios fisiológicos como la pubertad, la menstruación, el embarazo y la menopausia (Piret, 1986).

Para Fischer (1998), la evidencia hasta el momento sostiene que tanto hombres como mujeres experimentan emociones excepto que difieren en sus reportes. Las mujeres, por lo general, expresan emociones que implican falta de poder y vulnerabilidad, por ejemplo, miedo, tristeza, depresión, vergüenza y culpa; así como emociones que promuevan emociones armoniosas con su grupo social, entre ellas, alegría, amor, felicidad y satisfacción de vida. En cambio, las emociones reportadas por los varones se caracterizan por ser una manifestación de poder; las más destacadas son la agresión y la ira. Estas

diferencias pueden explicarse según los estereotipos de género establecidos socialmente. El llanto en los hombres es visto como apropiado sólo en situaciones extremas. A la mujer se le permite llorar en muchas más ocasiones, aunque, por la misma razón, su llanto suele ser tomado poco en serio.

2.2. Personalidad

Hay un hecho curioso que llamó la atención de Wallon (1975), se trata de reacciones totalmente opuestas causadas por el miedo. Una de ellas, el *ictus*, deja al sujeto sin fuerza súbita y totalmente, los músculos no pueden sostener al cuerpo, los sentidos parecen no funcionar como si hubiera pérdida de la conciencia. Otras veces había *raptus*, en donde el sujeto se mueve en dirección al combate o la huida con la mayor eficacia posible, bajo este estado logra vencer los obstáculos y superar o alejarse de la amenaza. La pregunta es ¿qué determina si ocurrirá ictus o raptus y, por consiguiente, cómo será el resultado de salud de la persona en uno y otro caso? Es probable que aludan a la personalidad para explicar las diferencias.

El concepto de personalidad es tan amplio que algunas teorías psicológicas son esencialmente teorías de la personalidad, debido a esto presentaremos sólo las consideraciones sobre personalidad que se han relacionado con la salud. De acuerdo con Marx y Hillix (1985), los trabajos de grandes personajes en Psicología son considerados como teorías de la personalidad, entre ellos destacan los de Freud y algunos de sus seguidores, Allport, Cattell, Dollard y Miller, Rogers, entre otros. Estas teorías poseen algunas características importantes: la mayoría de ellas considera que las diferencias individuales entre las personas constituyen una significativa fuente de varianza en la conducta, sin embargo, casi todas postulan características universales de todos los individuos; este tipo de teorías tiene la pretensión de ser completas; centran su atención en la comprensión del desarrollo, supervivencia y adaptación general del organismo; destacan los procesos motivacionales de la conducta; su objeto de estudio es la persona total dentro de su hábitat natural; la mayoría se ha desarrollado como resultado de la observación clínica.

Teorías psicoanalíticas

El síntoma psicossomático no sólo se ha considerado como la expresión de una emoción reprimida, sino como la evidencia del funcionamiento mal adaptado de la personalidad. De acuerdo con Pervin (1998), la perspectiva psicoanalítica da mucha importancia al conflicto, principalmente al que se produce entre los deseos y los miedos, el cual se desarrolla durante la infancia cuando el niño es castigado por ciertos sentimientos y acaba creyendo que si los reconoce y expresa ello irá seguido de dolor o de castigo. Es de esta manera como se ponen en marcha los mecanismos de defensa, entre ellos, la represión y la negación son los que más probablemente repercutirán en el estado de salud física del individuo.

CUADRO 1. SÍNTOMAS Y ACTITUDES ASOCIADAS SEGÚN GRACE Y GRAHAM (1952, TOMADO DE MAHER, 1970).

<i>Síntoma</i>	<i>Actitud</i>
Urticaria	Se ve a sí mismo como estando maltratado y está preocupado por lo que le sucede, no con represalia.
Eczema	Tiene la sensación de que estorban o le impiden hacer algo y no puede vencer la frustración, está interesado en el obstáculo más que en el objetivo.
Frío, manos húmedas	Siente la necesidad de emprender alguna actividad, pero no puede saber lo que tiene que hacer.
Rinitis vasomotora	Hace frente a una situación que preferiría evitar o huir de ella.
Asma	Igual que la anterior.
Diarrea	Quería pasar por encima de una situación, zafarse de algo o de alguien.
Estreñimiento	Individuo ceñudamente determinado a llevar adelante una situación pero sin esperanza de adelanto o éxito.
Náuseas y vómito	Preocupado por un yerro cometido en el pasado, algo que desearía no haber hecho o que no hubiera ocurrido.
Úlcera duodenal	El individuo busca la venganza, deseando hacer un daño a la persona o cosa que le ha perjudicado.
Cefalalgia hemicránea	El individuo ha estado haciendo un esfuerzo intenso para llevar a cabo un designio proyectado y actualmente está en relajación.
Hipertensión arterial	El individuo siente que debe estar constantemente preparado hacia una amenaza.
Dolor en la parte baja de la espalda	El individuo piensa en caminar o huir de algo; movimiento físico implicado.

Posterior a las primeras conclusiones psicoanalíticas se pretendió encontrar el tipo de personalidad que conducía a determinado trastorno psicossomático y también se habló de

que la personalidad materna era una de las principales influencias. Por ejemplo, el asma sería el mecanismo mediante el cual el individuo se protege de la pérdida del amor materno, en donde la madre es al mismo tiempo un objeto querido y aborrecido. Las especulaciones psicoanalíticas de este tipo difícilmente se han podido comprobar empíricamente (Maher, 1970).

Las actitudes fueron estudiadas por Grace y Graham (Maher, 1970), quienes utilizaron este término para referirse a los sentimientos experimentados por un paciente ante un síntoma. Mediante las descripciones proporcionadas por pacientes enfermos, los autores elaboraron una tipología; cada tipo de actitud fue inducida mediante hipnosis a personas sanas para generar el síntoma. En el cuadro 1 de la página anterior se muestran los síntomas y las actitudes asociadas.

Teorías de rasgos

Los rasgos aluden a amplias regularidades o consistencias en la conducta de las personas. Los teóricos de la personalidad los consideran como los elementos básicos para describir las diferencias individuales de la personalidad. Allport, Cattell y Eysenck han elaborado los principales modelos de la personalidad. El modelo de los cinco factores de Eysenck ha sido el mejor aceptado. Los factores propuestos son: neuroticismo (N), se relaciona con la estabilidad emocional, identifica a los individuos propensos a sufrimiento psicológico, ideas no realistas y respuestas de afrontamiento no adaptativas; extraversión (E), evalúa el nivel de actividad, la necesidad de estímulos y la capacidad de disfrutar; abierto a la experiencia (O), evalúa la búsqueda y la valoración activas de la experiencia por sí mismo; afabilidad (A), ubica a la persona en un continuo que va desde la compasión a la rivalidad en pensamientos, sentimientos y acciones; y consciente (C), evalúa el grado de organización del individuo, la perseverancia y la motivación en la conducta dirigida a un objetivo (Pervin, 1998).

Algunas investigaciones han encontrado altas puntuaciones de neuroticismo entre los pacientes psicósomáticos y los posiblemente psicósomáticos, así como altas puntuaciones de introversión exclusivamente entre los psicósomáticos. Otro estudio

realizado con pacientes asmáticos no encontró ninguna tendencia clara ni a la extroversión, ni al neuroticismo. Un estudio posterior llegó a la conclusión de que el grado moderado de neuroticismo, común a la mayoría de los asmáticos, era probablemente una reacción a la misma enfermedad. A pesar de que muchos de los hallazgos se han replicado, aún queda la hipótesis de que estas variaciones de rasgos de personalidad sean una reacción a la enfermedad (Claridge, 1983).

Teorías cognoscitivas

Los psicólogos cognitivos reconocen algunos constructos que promueven buenos niveles de salud. El principal de estos constructos que se concibe como una importante característica de la personalidad es el optimismo, que implica expectativas generalizadas de que en el futuro ocurrirán generalmente cosas positivas. Se ha observado que las personas optimistas mantienen niveles más elevados de bienestar subjetivo, de igual modo, se ha constatado que los optimistas se adaptan mejor a los cambios de vida. Además se ha vinculado el optimismo con mejores estrategias de afrontamiento, un concepto perteneciente a la teoría del estrés con el que se identifica a las respuestas y cogniciones destinadas a minimizar los efectos de situaciones estresantes, en comparación con las personas cuyo estilo es ser pesimistas (Pervin, 1998).

Teorías conductuales

Aunque para estas teorías el término ‘personalidad’ no aparece dentro de su terminología, el concepto estilo comportamental puede utilizarse como referente similar y dentro del campo de la salud se han popularizado dos estilos conductuales que podrían equipararse con estilos de personalidad. Sarafino (1998) menciona que el patrón de conducta tipo A contiene tres elementos: la competitividad, la impaciencia y la hostilidad; en cambio, el patrón de conducta tipo B caracteriza a los individuos que viven la vida con más calma y que puntuaría bajo en los tres elementos de la conducta tipo A. Hasta ahora los estudios realizados no han podido arrojar evidencia consistente para un vínculo entre las conductas tipo A y B y la enfermedad en general, pero la mayoría apunta a que el patrón tipo A es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria del corazón porque involucra todo un estilo

de vida donde es más probable consumir productos dañinos para la salud como bebidas alcohólicas y cigarrillos, además de ignorar los síntomas de fatiga o de patología incipiente.

2.3. Desórdenes afectivos

De acuerdo con Massana (1983) existe una tendencia a considerar que los trastornos psicósomáticos son de origen depresivo debido a que la terapéutica antidepresiva los alivia y los hace desaparecer. La hipótesis que subyace a esta perspectiva se puede expresar como sigue: la depresión es una alteración cerebral que provoca cambios afectivos, es decir, básicamente cambios emocionales; esto se vincula con el hecho de que provoca cambios fisiológicos periféricos que comienzan a provocar un síntoma físico; el sujeto deprimido no encuentra en el ambiente algún estímulo que justifique tal síntoma y se produce en él una respuesta de ansiedad que puede acrecentar el síntoma. Se considera que bajo este mecanismo se han desarrollado algunas enfermedades “inexplicables” para el médico como algias en cualquier parte del cuerpo, trastornos gastrointestinales de tipo dispéptico, hipertensión en su inicio, entre otros, que pueden no ser más que la expresión de un trastorno depresivo.

Otros autores han encontrado que la depresión está asociada con varias alteraciones en la inmunidad celular. También algunos datos evidencian que los efectos adversos de la depresión sobre la inmunidad pueden estar mediados por los trastornos del sueño que resultan de la depresión. Por lo tanto, es probable que tengan que ver las enfermedades relacionadas con el sistema inmune (Taylor, 1999).

Para otros autores la relación entre depresión y enfermedad física puede ser multidireccional. Hasta ahora las investigaciones apuntan a varias hipótesis sin que ninguna de ellas esté completamente comprobada, por ejemplo: 1) que la enfermedad física induzca cambios que provoquen síntomas depresivos; 2) que los mismos factores psicológicos expliquen la enfermedad física y la depresión; 3) que la depresión lleve a enfermedad física al crear vulnerabilidades, posiblemente neuroinmunes, o por disminuir los esfuerzos de autocuidado; 4) que la depresión empeore la morbilidad en individuos físicamente enfermos (Fiske, Kasl-Godley y Gatz, 1998).

2.4. Estrés y ansiedad

El fenómeno identificado como “estrés” es, sin duda, el factor psicológico más relacionado con la salud; del mismo modo, su estudio se ha vuelto el eje central de la recientemente surgida Psicología de la salud, disciplina que enmarca la mayor cantidad de información conocida al respecto y de la que, a continuación, presentamos una reseña.

Antes de iniciar propiamente nuestra exposición sobre el estrés es preciso hacer un comentario acerca de la distinción hecha entre enfermedad “padecida” y enfermedad “percibida”. Sandín (1995) consideraba que la primera es una categoría objetiva y la segunda es subjetiva. Aunque la diferencia no es evidente en el lenguaje español, sí lo es en el inglés, en donde el término *illness* se emplea para referirse a una persona que se siente mal y lleva a cabo actividades que reflejan el problema, por ejemplo, quedarse en cama o tomar medicamentos. Por otro lado, mediante el término *disease* se designa un estado objetivo de trastorno orgánico. Es importante reconocer esta diferenciación pues existe evidencia de que ciertas personas tienden a desarrollar mayor sintomatología somática que otras bajo ciertas condiciones que se han denominado estrés. En la exposición que haremos a continuación se presentarán los conceptos básicos y después su relación con la salud.

Definición de estrés

Actualmente se reconocen tres perspectivas del estrés. La primera de ellas, el estrés como estímulo, supone que el estrés es algo que ocurre en el medio ambiente y hace una demanda a la persona; muchos autores llaman a esto *fuentes de estrés o estresores* y quienes los investigan se dedican a clasificarlos y medirlos. En segundo lugar, se considera al estrés como respuesta, su punto de partida son los diversos síntomas, ya sean de tipo conductual, emocional y físico, que se observan en las personas como consecuencia de un conjunto particular de demandas. Finalmente, la más reciente es la perspectiva del estrés como transacción, una transacción entre la persona y su medio ambiente en donde incorporan a las perspectivas de estímulo y respuesta como parte de un proceso (Cassidy, 1999).

Lazarus y Folkman (1984) llamaron la atención al hecho de que el estrés no se presentaba solo en situaciones extraordinarias, sino que es un aspecto inevitable de la vida

y que las dos primeras perspectivas resultaban incompletas ya que no tomaban en cuenta que las características individuales podrían hacer la diferencia para experimentar estrés. De este modo, ellos proponen una definición que enfatice la relación entre la persona y el medio ambiente y que retome tanto las características de la persona como la naturaleza de los eventos ambientales. La definición que proponen establece que “el estrés psicológico es, por lo tanto, una relación entre la persona y el medio ambiente que es apreciada por la persona como agotando o excediendo sus recursos y amenazando su bienestar” (p. 21).

Otra definición propuesta, bajo esta última aproximación, propone al estrés como la condición que resulta cuando las transacciones entre la persona y su ambiente llevan al individuo a percibir una discrepancia, que puede ser real o no, entre las demandas de la situación y los recursos disponibles de la persona (Sarafino, 1998).

A continuación vamos a presentar algunos modelos surgidos de las anteriores perspectivas y su vinculación con el efecto sobre la salud.

El Síndrome de Adaptación General descrito por Hans Selye es, sin lugar a dudas, el primer trabajo elaborado específicamente acerca del estrés. De acuerdo con Claridge (1983), en este modelo se concibe la reacción al estrés como esencialmente una respuesta normal de adaptación a una amenaza, la que podría generar patologías en caso de que el estrés sea prolongado o intenso. Selye se refiere también al *síndrome local de adaptación*, que se distingue del otro solamente en el grado en que se localiza la reacción.

Selye (1956) consideraba que el estrés podía observarse mediante cambios corporales que ocurren en un tiempo determinado y que el estado que resulta de la continua exposición a los estresores daba lugar al síndrome general de adaptación. Propuso tres etapas para este síndrome: la reacción de alarma, la etapa de resistencia y la etapa de agotamiento. Además advirtió que no se necesita que sucedan las tres etapas para hablar del síndrome ya que muchas circunstancias sólo desencadenan las primeras dos etapas, y que la tercera, cuando se presenta, no es en todos los casos irreversible.

El sistema nervioso autónomo está comprometido en la forma más importante en la primera de estas tres etapas. En las etapas segunda y tercera hay evidencia de que el sistema endocrino juega un papel primordial, aunque aún mantiene interacción con el sistema nervioso autónomo. Si el estrés es crónico y constata, la influencia de la corteza suprarrenal cobra relevancia debido a que la descarga de ciertas sustancias hormonales tiene un efecto profundo sobre el funcionamiento fisiológico (Coleman, Butcher y Carson, 1988).

Sarafino (1998) describe las tres etapas del síndrome de adaptación general como sigue. Una vez que se ha percibido una situación estresante, la etapa uno, la reacción de alarma, tiene la función de movilizar los recursos corporales, en ella se genera rápidamente, un cambio en el funcionamiento fisiológico, primero disminuyendo y después superando los niveles normales. Al final de esta etapa, el cuerpo está completamente movilizado para resistir al estresor fuertemente, un estado de activación fisiológica que el organismo no puede mantener durante mucho tiempo. A continuación se avanza a la etapa de resistencia, en la que el cuerpo trata de adaptarse al estresor, la activación fisiológica disminuye sin llegar a los niveles normales y el organismo muestra muy pocas señales de estrés. El organismo que experimenta constantemente esta reacción irá perdiendo habilidad para resistir y se volverá más propenso a padecer problemas de salud. Finalmente, en la etapa de agotamiento, la activación fisiológica ha sido tan prolongada que se debilita el sistema inmune y disminuyen las reservas de energía; si el estrés continúa es muy probable que se produzca enfermedad y daño en órganos internos o, incluso, muerte.

Dubovsky (1985) presenta dos reacciones diferentes al estrés; una es el patrón volar o pelear (*flight-fight patterns*) y la otra es el patrón de conservación-alejamiento (*conservation-withdrawal patterns*). La tendencia volar o pelear es la reacción natural ante una situación peligrosa, ya que genera miedo o coraje, o incluso ambas. En esta reacción se producen diversos cambios fisiológicos que preparan al organismo ya sea para escapar o para atacar; el resultado de todos los cambios es incrementar el nivel de glucosa en la sangre, con lo que se incrementa, a su vez, la energía para el movimiento, así como la capacidad para la actividad física al aumentar el flujo sanguíneo hacia los músculos esqueléticos. Tales cambios pueden aparecer en respuesta a amenazas reales o imaginarias.

Una persona saludable experimenta muy pocas consecuencias después de la reacción volar-pelear, pero la exposición crónica puede generar consecuencias adversas.

La reacción de conservación-alejamiento es un estado psicofisiológico caracterizado por un decremento en la interacción con el medio ambiente, un decremento en la energía para el movimiento y un decremento en la activación de sistemas corporales. Esta reacción se activa cuando hay una situación estresante que el individuo no puede controlar y termina cuando ya no es necesaria (Dubovsky, 1985).

En un experimento se descubrió que la primera reacción ante una situación amenazante es el patrón volar o pelear, pero si el organismo se siente incapaz de afrontarlo o experimenta desamparo y desesperanza, se da lugar a la tendencia conservación-alejamiento que puede llevar al organismo a la muerte. Así se especula que ha ocurrido con los casos de “muerte vudú”, en la que los individuos están convencidos de que morirán y esto en verdad sucede. También se aplica el hecho a los casos de empeoramiento de enfermedad cuando el sujeto pierde las esperanzas de una recuperación (Dubovsky, 1985).

Junto con el complejo *giving-up-given-up*, los patrones de volar-pelear y de conservación-alejamiento representan otros intentos para explicar cómo es la respuesta que se genera ante el estrés. La tendencia actual consiste en elaborar modelos que vinculen el estrés con la aparición de enfermedad orgánica. El mismo Dubovsky (1985) presenta su propuesta a la que tituló “Modelo psicofisiológico para la salud, la enfermedad y el estrés”, con el que pretende demostrar “la compleja interacción de las reacciones psicológica y fisiológica al estrés en el contexto de las vulnerabilidades y fortalezas que están determinadas en parte por tendencias biológicas innatas y en parte por las influencias ambientales tanto al principio de la vida como después en el desarrollo” (p. 97). En su modelo se relacionan 24 elementos que parten de la constitución biológica y dan lugar a diversas posibilidades de enfermedades; según sean las condiciones orgánicas y psicológicas que se combinen, como resultado de experimentar un evento estresante se puede generar situaciones que van desde una simple crisis emocional hasta la psicosis o,

por otro lado, producir una crisis orgánica que se manifieste como una úlcera, una disfunción cardiovascular o, incluso, cáncer.

Brannon y Feist (1997) presentan tres modelos que se han propuesto para explicar por qué algunas personas desarrollan enfermedades cuando están bajo estrés y por qué otras no.

El primer modelo es el de predisposición al estrés (*diathesis-stress model*), el cual establece que algunos individuos son vulnerables a las enfermedades relacionadas con estrés debido a una predisposición para reaccionar anormalmente a los estresores ambientales que se hereda a través de debilidad en algún sistema orgánico o bioquímico. De acuerdo con este modelo, se requieren dos factores para producir enfermedad: 1) la persona debe tener una predisposición relativamente permanente a la enfermedad, y 2) esa persona debe experimentar alguna clase de estrés.

El modelo de la personalidad resistente (*hardy personality model*) propuesto por Kobasa, en 1977, parte de la idea de que algunas personas poseen resistencia, es decir, son capaces de soportar el estrés y no sucumbir a la enfermedad. Se cree que la resistencia disminuye los efectos dañinos del estrés y protege de las enfermedades relacionadas con el estrés. Las personas resistentes tienen tres características: 1) expresan un fuerte sentido de compromiso con ellos mismos; 2) demuestran un “locus de control interno” sobre sus vidas, el *locus de control* es un término manejado por las teorías cognitivas en referencia a las percepciones del sujeto sobre el control de las cosas que le acontecen, más adelante se volverá sobre este punto, y 3) son más propensos a ver los reajustes necesarios como un reto más que como estrés.

El modelo de trastorno de identidad (*identity disruption model*) sugiere que los eventos de la vida pueden hacer cambiar el sentido de identidad de una persona y que este trastorno de identidad tiene un impacto negativo sobre la salud, siempre y cuando el evento contraste con el auto-concepto de la persona. Por ejemplo, las personas con baja autoestima tienen dificultades para aceptar las cosas buenas que les ocurren porque los eventos

positivos caen fuera de su sentido de identidad; esos eventos son vistos como amenazas a la identidad y atrapan la atención de la persona, disminuyendo su habilidad para superar el estrés.

Estresores

El estímulo que provoca una respuesta de estrés ha sido llamado estresor. En una primera clasificación se consideran dos tipos: los psicosociales y los biológicos. Lo que define a los primeros es la evaluación cognoscitiva que el sujeto hace de ellos. Los segundos están definidos por sus propiedades, eléctricas o bioquímicas, capaces de iniciar una respuesta de estrés sin generar alguna actividad cognoscitiva (Rodríguez y Rojas, 1998).

Desde la perspectiva psicosocial, planteada por Sandín (1999), los agentes estresantes se denominan como sucesos vitales, es decir, aquellas circunstancias que requieren cambio en la rutina habitual de un individuo; también se les define como experiencias objetivas que perturban o amenazan la actividad habitual del individuo causando una necesidad de reajuste sustancial en las condiciones del organismo. El autor identifica tres categorías diferentes de estresores:

1. *Sucesos vitales altamente traumáticos*, se refiere a eventos extraordinarios como desastres naturales, situaciones bélicas, etcétera.
2. *Sucesos vitales mayores*, son acontecimientos relativamente usuales y hasta normativos de la vida de la gente. Algunos no son necesariamente traumáticos, como un ascenso en el trabajo, el matrimonio o el nacimiento de un hijo; otros pueden ser traumáticos en cierto grado, como la pérdida de un ser querido, sufrir un accidente, etcétera.
3. *Microeventos o sucesos vitales menores*, consisten en los pequeños problemas y contrariedades que ocurren cotidianamente, o, como las denominan en el idioma inglés, molestias diarias (*daily hassles*).

Además de éstas, Sandín (1999) también plantea una cuarta categoría: *estresores ambiente*, a los que no se considera como sucesos vitales ya que se refieren a situaciones del contexto sociofísico, como el ruido, el tráfico, la contaminación, los hacinamientos,

etcétera, que tienen un efecto reconocido sobre el funcionamiento fisiológico y psicológico de la persona.

De los tipos anteriores de estresores, los pertenecientes a la clase de sucesos vitales se han asociado a modificaciones en el estado de salud, tales como: el inicio y curso de enfermedades físicas graves; padecimiento de enfermedades leves, resistencia a la enfermedad y frecuente sintomatología orgánica. Algunos autores han sugerido recientemente que las molestias diarias, al ser percibidas por individuo como peligrosas o amenazantes y presentarse frecuentemente, poseen un efecto más significativo sobre la salud que los sucesos mayores (Sandín, 1999).

Mediación cognitiva

En el primer apartado de este inciso se presentó la definición de estrés a partir de las respuestas que se dan en el organismo: en el previo, se definieron los agentes estresantes. En el presente se describirá lo que para el enfoque cognitivo es el punto de unión entre las dos anteriores: las consideraciones cognitivas que el sujeto hace de un evento de los que depende que dicho evento tenga un efecto o no sobre la salud del sujeto.

De acuerdo con Sarafino (1998), la apreciación cognitiva es un proceso mental que permite a las personas evaluar dos factores: 1) si una situación determinada amenaza su bienestar, y 2) sus recursos para enfrentar tal situación. Se reconocen dos tipos de evaluación: la primaria y la secundaria.

La apreciación primaria se enfoca en el significado de la situación, ésta se inicia cuando se experimentan algunos sentimientos molestos y puede tener tres resultados: que sea irrelevante, pues el sujeto reconoce que esos síntomas son pasajeros; que sea buena, si se interpreta como la señal de que se espera algo bueno; o estresante, si se asocian tales síntomas con el inicio de una enfermedad grave. Además, un evento valorado como estresante puede observarse a la luz de tres posibilidades: el daño o pérdida, donde la persona se preocupa por la cantidad del daño causado; la amenaza, consiste en concentrarse en el daño que será causado en el futuro; el reto, significa la oportunidad de desarrollar

nuevos recursos. La apreciación secundaria se refiere a la evolución que se hace acerca de los recursos disponibles para afrontar la situación presente. La persona puede percatarse de este proceso cuando, en una circunstancia estresante, se dice a ella misma frases como: “no hay problema, puedo hacerlo, no lo lograré, etcétera” (Sarafino, 1998).

Cassidy (1999) incluye en su libro un tercer tipo de apreciación, la apreciación de control, que se refiere a una evaluación acerca de la causa del problema que se puede ubicar en algún punto continuo interno-externo o no encontrar ninguna causa, generando un sentido de desamparo. Vamos a presentar ahora otros factores de tipo cognitivo que influyen en la apreciación que se hace de un evento, todos incluidos en la misma referencia.

- i. Desamparo aprendido. Es más probable que una persona valore una situación cotidiana como estresante cuando ha aprendido que las consecuencias de su conducta no están bajo su propio control.
- ii. Estilo atribucional: se refiere a las atribuciones que el sujeto hace acerca de las causas de la situación que pueden ubicarse en tres dimensiones: interno-externo, estable-inestable y global-específico. Es más probable que las personas experimenten estrés cuando hacen atribuciones externas, estables y globales. Las atribuciones externas involucran la creencia de que los eventos están fuera de nuestro control. La estabilidad se refiere a la dimensión temporal acerca de que los eventos *siempre* son iguales. Global se refiere a que, sin importar dónde o qué se haga, las cosas permanecerán invariables.
- iii. Atribuciones por una ruta diferente. Se ha propuesto que a pesar de que se atribuyan causas externas o internas a las situaciones, es probable que la persona experimente estrés en cualquier caso debido a que percibe la circunstancia como poco controlable.
- iv. Locus de control. El autor retoma el concepto que J. B. Rotter propuso en 1966 para distinguir entre las percepciones de que la conducta está bajo nuestro propio control o de que se debe a la suerte o que está bajo el control de otros. La hipótesis sostiene que entre los seres humanos existe una necesidad para dominar y controlar su alrededor; este sentido de control personal es lo que minimiza los efectos de una situación demandante en el individuo.

- v. Optimismo-pesimismo. Se refiere al carácter favorable o desfavorable que la persona atribuye a las circunstancias; a aquellos en el primer caso les va mejor en las situaciones estresantes que a los del segundo caso. El pesimista ve su mundo como fuera de su control y lo que sucede lo atribuye a las circunstancias o a la mala suerte, es más propenso a la depresión y a experimentar estrés con mayor frecuencia. El optimista considera que sus anhelos están a su alcance y se orienta un poco más al futuro; es más resistente al estrés porque no evita tales situaciones sino que las enfrenta.
- vi. Estilo de resolver problemas. Implica una forma de pensamiento acerca de los problemas que el individuo desarrolla, la cual involucra reconocer el problema y descubrir estrategias para resolverlo. Aquellos que generalmente tienen un estilo positivo de resolver problemas son más resistentes al estrés y tienen menos probabilidades de padecer problemas de salud física y psicológica.
- vii. Motivación. Las personas que tienen objetivos y se esfuerzan por conseguirlos poseen mejores estrategias de afrontamiento que aquellos que poseen poca motivación.
- viii. Apoyo social. Esta variable también tiene que ver mucho con la cognición del individuo, ya que si él percibe apoyo social es probable que experimente menores niveles de estrés a pesar de los niveles objetivos de apoyo social con que cuente.
- ix. Reactividad emocional. Propone que las emociones a experimentar se relacionan con el tipo de información contenida en la memoria y que esto marcará, entonces, los niveles de vulnerabilidad y resistencia al estrés.

Medir el estrés

Actualmente se reconocen tres métodos distintos para medir el estrés, los cuales están definidos por Brannon y Feist (1997) como sigue:

- 1) Pruebas de ejecución. Se expone a los participantes a algún estresor e inmediatamente después se les dan algunas tareas por realizar para evaluar su habilidad en la ejecución. Los principales eventos utilizados como estresores son ruidos fuertes, multitudes o choque eléctricos, pero a ellos se agregan factores

personales y ambientales, como fatiga o enfermedad, que pueden afectar la ejecución. Con base en esto los autores recomiendan utilizar otro tipo de método junto con éste para medir el estrés.

- 2) Medidas fisiológicas. Índices como la presión sanguínea, la tasa cardiaca, la respuesta galvánica de la piel, la tasa de respiración o la secreción de hormonas son otros referentes. Una desventaja de estas técnicas es que los aparatos necesarios para hacer las mediciones pueden producir estrés por si mismos.
- 3) Autoreportes. Son pruebas de papel y lápiz que parten de los eventos de vida o de la “molestias diarias” para observar si el respondiente ha estado expuesto a estrés en el periodo reciente. Ejemplos de ellas son: la escala de reajuste social, la escala de eventos de vida, el cuestionario de estrés para estudiantes, la escala de molestias, el inventario de experiencias de vida recientes para universitarios, la encuesta de experiencias recientes de vida, la escala de estrés percibido. Sarafino (1998) menciona otros; la encuesta de experiencias de vida, el programa de eventos displacenteros, el registro de eventos de vida para niños.

Ansiedad y afrontamiento

De acuerdo con McManus (1992), estrés (*stress*) y activación fisiológica (*arousal*) son conceptos diferentes. Estrés ya ha sido definido como una reacción psicológica que implica un evento demandante llamado estresor que da lugar a una respuesta de malestar, o estrés propiamente dicho. Activación es una respuesta de origen principalmente fisiológico que afecta la actividad del sistema nervioso simpático, conlleva un incremento en la tasa cardiaca y modificaciones en el metabolismo; una distinción importante es que la activación no necesariamente se experimenta como molestia. Con estos dos conceptos el autor hace varias combinaciones que dan resultados distintos.

CUADRO 2. RESULTANTES DE LAS COMBINACIONES ENTRE ESTRÉS Y AROUSAL

	Mucha activación	Poca activación
Mucho estrés	<i>ANSIEDAD</i>	<i>ABURRIMIENTO</i>
Poco estrés	<i>EXCITACIÓN</i>	<i>SONMOLENCIA</i>

Como puede verse, la ansiedad está presente en una situación estresante cuando en el individuo se produce mucha activación fisiológica; bajo este estado es común la presencia de signos como taquicardia, hiperventilación, etcétera. (McManus, 1992).

Para Tobeña (1983) la ansiedad, al ser una respuesta emocional que afecta el funcionamiento del sistema nervioso, puede tener dos efectos importantes: 1) puede permitir el aprendizaje de nuevas conductas o mejorar la ejecución de conductas aprendidas previamente, provocando un último resultado, es decir que el estado emocional aversivo experimentado como ansiedad disminuya y sea sustituido por un estado placentero a consecuencia del aprendizaje de una nueva respuesta; 2) que el estado aversivo se mantenga continuamente y culmine en paralización de conducta, así como en activación fisiológica crónica y prolongada y en atención excesiva a los estímulos circundantes, lo cual, en último término puede ser la base para algunos trastornos fisiológicos o conductuales, entre los que destacan los trastornos psicofisiológicos.

El mismo autor afirma que una situación amenazante plantea un conflicto que no produce un trastorno conductual o fisiológico cuando el sujeto tiene la posibilidad de aprender respuestas para dominar dicha situación. En cambio, cuando las situaciones de conflicto son repetidas y crónicas y existen pocas o ninguna posibilidad de aprender respuestas para dominar la situación, entonces la ansiedad mantenida y persistente puede ser uno de los factores que explique la aparición de un trastorno psicofisiológico.

Las respuestas a que se hace referencia se han nombrado de tolerancia, de dominio o de afrontamiento al estrés (*coping responses*), a las que Levin, Weinberg y Ursing (1978, cit. en Tobeña, 1983) han definido como respuestas de dominio de la ansiedad. Sandín (1999) proporciona otras definiciones de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que emplea el sujeto para controlar las situaciones estresantes y reducir o eliminar la experiencia de estrés; asimismo se dice que el afrontamiento está constituido por aquellas conductas o pensamientos que son utilizados conscientemente por el individuo para controlar los efectos producidos por la anticipación o experiencia de la situación estresante.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser diversas, algunas se pueden encontrar en listas de chequeo y en cuestionarios; en ellos, las estrategias pertenecen a subtipos ideados por sus autores. Sandín (1999) presenta cuatro clasificaciones en las que se divide a las respuestas de afrontamiento según su objetivo sea trabajar sobre la valoración del problema, el problema mismo, la emoción experimentada o para alejarse de la situación (Cuadro 3). Algunos ejemplos de las estrategias que se incluyen en dichas clasificaciones se presentan a continuación.

1. Confrontación: acciones directas dirigidas a la situación
2. Distanciamiento: olvidar, comportarse como si nada hubiese ocurrido, etcétera.
3. Autocontrol, guardar los problemas para sí mismo, etcétera.
4. Búsqueda de apoyo social: pedir consejo, exponer el problema a un amigo, etcétera.
5. Aceptación de la responsabilidad: disculparse, criticarse a sí mismo, etcétera.
6. Huída-avoidancia: beber, fumar.
7. Planificación de solución del problema: establecer un plan de acción y seguirlo, etcétera.
8. Re-evaluación positiva: la experiencia enseña, hay gente buena, etcétera.
9. Hacerse ilusiones: soñar, imaginar otras situaciones, desear poder cambiar lo que está pasando, etcétera.
10. Autoculpación: me critiqué a mi mismo, etcétera.
11. Reducción de la tensión: tratar de sentirse mejor comiendo, fumando, etcétera.

CUADRO 3. TIPOS DE AFRONTAMIENTO IDENTIFICADOS POR DISTINTOS AUTORES.

AUTOR	TIPOS DE AFRONTAMIENTO
Lazarus y Folkman	1. Focalizado en el problema 2. Focalizado en la emoción 3. Focalización mixta
Moos y Billings	1. Focalizado en la evaluación 2. Focalizado en el problema 3. Focalizado en la emoción
Törestad, Magnuson Y Oláh	1. Constructivo 2. Pasivo 3. Escape
Enler y Parker	1. Orientado a la tarea 2. Orientado a la emoción 3. Evitación

Como puede observarse, las estrategias de afrontamiento incluidas en el cuadro 3 presentan algunos rasgos en común por lo que se ha considerado que todas las taxonomías propuestas se pueden reducir a dos grandes categorías: las enfocadas en el problema y las que se enfocan en las emociones (Omar, 1995).

La estrategia particular con la que se afrontará una situación estresante está determinada por la circunstancia, la percepción que la misma persona tenga de ella y sus propios recursos. Su efectividad para reducir el estrés y potenciar la salud aún es un tema de investigación, pero la evidencia apunta a que el afrontamiento de evitación y centrado en la emoción es más eficaz a corto plazo, mientras que el centrado en el problema lo es más a largo plazo. En lo que los autores sí están de acuerdo es en que parece ser más saludable afrontar el estrés que no hacerlo, aunque se corre el riesgo de emplear respuestas poco adaptativas y saludables (Sandín, 1999).

En la actualidad, algunos autores reconocen que las formas de afrontamiento pueden ser más determinantes para las respuestas fisiológicas de estrés que la frecuencia y las características de las situaciones. Los supuestos bajo esta creencia son, de acuerdo con Holroyd, Appel y Andrasik (1987): 1) el ritmo de vida actual plantea demandas frecuentes que no se pueden manejar de manera rutinaria, por lo tanto, las situaciones de estrés son más frecuentes que lo deseable y, sobre todo inestables; 2) la principal defensa contra la enfermedad no es la ausencia de estrés, sino el afrontamiento eficaz; 3) se reconocen cuatro vías en las que el afrontamiento puede influir sobre el funcionamiento somático. A continuación presentamos las formas que estos autores señalan que el comportamiento influye en la salud.

En primer lugar, en cuanto a la frecuencia, intensidad y características de las estrategias utilizadas se modifican las características de las respuestas fisiológicas producidas. Desafortunadamente este hecho no tiene mucha investigación que lo sustente y aún no se reconoce el mecanismo preciso en que las respuestas psicológicas elicitaban patrones de respuesta patológica.

En segundo lugar, se cree que los síntomas pueden aprenderse o mantenerse debido a su eficacia como respuestas de afrontamiento. Algunos autores especulan, por ejemplo, que los individuos genéticamente predispuestos, que carecen de respuestas de afrontamiento más eficaces, pueden aprender a enfrentar las situaciones que producen estrés elevando su presión sanguínea, por que esta respuesta se ve forzada por efectos sedantes. Bajo el término “conducta de enfermedad”, se engloban respuestas como informar sobre síntomas, buscar tratamiento, etcétera, que también pueden ser una manera de afrontar el estrés y que, por lo tanto, también pueden mantenerse por los refuerzos y las ganancias secundarias.

En tercer lugar, las estrategias de afrontamiento pueden incluir conducta cuyos efectos contribuyan a la enfermedad por exponer al individuo a sustancias nocivas o agentes alérgicos. De este modo, este mecanismo no sólo aumenta la probabilidad de que se produzca una enfermedad, sino que también puede hacerla más grave.

Finalmente, se habla de las estrategias utilizadas para afrontar los síntomas de alguna enfermedad. Algunos pacientes hacen esfuerzos por controlar los síntomas, otros se automedican, etcétera. Situaciones que en muchos casos también pueden influir sobre el curso de la enfermedad.

Estrategias de afrontamiento y su relación con otras variables

Después de leer el apartado anterior surge la interrogante acerca de los factores que determinan el uso de cierto tipo de recurso de afrontamiento y no de otro. Omar (1995) llevó a cabo una investigación para arrojar cierta luz con respecto a esta temática. Mediante la utilización del Listado revisado de estilos de *coping* (WCCL-R) de Lazarus, identificó la tendencia a presentar una estrategia particular de afrontamiento (*coping*) entre una muestra de 232 sujetos adultos (135 hombres y 97 mujeres) que experimentaban estrés por estar desempleados y en proceso de conseguir nuevo trabajo. Los recursos de afrontamiento preferidos fueron correlacionados con diferencias debidas al sexo, dimensiones de personalidad, incidencia de la ansiedad, patrón de conducta A, estructura del estado de ánimo y rol del humor y del optimismo-pesimismo. Las pruebas utilizadas para recopilar

estos datos fueron: Cuestionario de Personalidad (EPQ) de Eysenck; Cuestionario de la estructura del Temperamento (STQ) de Rusalov; Escala de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) de Spielberger; Escala de Optimismo/Pesimismo (OP) de Dember y Brooks; Inventario de Conducta A de Eysenck; Escala de Asertividad de Rathus e Inventario de Estado de ánimo de Tous Ral y Andres. Los estilos de afrontamiento explorados en este estudio se definen a continuación:

- ♣ Apoyo social: información que orienta al individuo a percibir que es estimado, cuidado y valorado por los miembros de su entorno social.
- ♣ Enfrentamiento activo del problema: habilidad de generar soluciones interactivas, evaluar las posibles consecuencias y elegir la solución más efectiva.
- ♣ Evitación: conductas de escape o huida que tienden a dejar intacta la fuente generadora de estrés.

En primer lugar, la autora pudo identificar tres estrategias de afrontamiento preferidas por las mujeres. El *afrontamiento social asertivo y razonado*, consiste principalmente en apoyo social, lo exhibieron mujeres con fuerte predisposición a la extraversión y altas motivaciones a involucrarse y mantener contactos sociales además de buena capacidad intelectual y seguridad en sí mismas. El *afrontamiento lábil e inseguro*, de evitación con mucha carga emocional y pesimismo es característico de mujeres con altos niveles de ansiedad rasgo y predisposición a los comportamientos neuróticos. El *afrontamiento pasivo*, no enfrentamiento del problema, es predominante entre las mujeres que se caracterizan por falta de actividad y predisposición a comportamientos psicóticos.

Para los varones las estrategias más recurridas fueron las siguientes. El *afrontamiento social*, identifica a los hombres decididamente extravertidos y sociables. El *afrontamiento lábil, no efectivo*, de evitación, es propio de los ansiosos con alta predisposición a formas de emocionalidad negativa. El *afrontamiento activo*, de enfrentamiento del problema, corresponde a los sujetos con buen control emocional, optimismo frente a los contratiempos, alto despliegue de acciones concretas, soluciones razonadas y percepción del estresor como un desafío a superar. El *afrontamiento ineficaz*,

sin una estrategia definida, es típico de los sujetos inseguros y con fuertes tendencias a comportamientos psicóticos.

En segundo lugar, respecto a las diferencias debidas a personalidad las conclusiones indican que entre los extrovertidos, la estrategia de afrontamiento predominante es la búsqueda de apoyo social, seguida por la solución activa del problema. Entre los neuróticos prevalece la tendencia a no enfrentar el problema, en tanto que los controlados se inclinarían preferentemente por la solución. Los sujetos con altos puntajes en psicoticismo se caracterizan por emplear principalmente el afrontamiento de evitación y este comportamiento es más consistente entre los varones que entre las mujeres. La dimensión de emocionalidad social de STQ de Rusalov indica que a mayor descontrol emocional, mayor tendencia a evitar la fuente de amenaza. E inversamente, a menor emocionalidad, existiría una mayor tendencia a enfrentar activamente el problema.

Finalmente, el papel de la ansiedad es determinante para los sujetos que experimentan un incremento en su ansiedad estado y que poseen tendencia a la extraversión; para ellos, la estrategia preferida es el apoyo social. Los sujetos inclinados hacia la introversión experimentan incremento en su ansiedad estado optarían por la estrategia de evitación. Para los sujetos que no experimentan aumento de su ansiedad estado frente a la percepción de la situación amenazante la estrategia utilizada es el enfrentamiento activo del problema. Otras correlaciones derivadas de este estudio pueden consultarse directamente en Omar (1995).

Género, estrés y salud

A pesar de la enorme popularidad que el tema del estrés tiene con respecto al campo de la salud y de los modelos propuestos aún no se ha podido determinar el procedimiento exacto de influencia entre el primero y la segunda. No obstante, los autores coinciden en algunos puntos, por ejemplo, Brannon y Feist (1997) sugieren que las principales interacciones fisiológicas involucradas con el estrés se dan entre los sistemas nerviosos, endocrino e inmune mediante un mecanismo semejante al propuesto por Selye (1956) en su modelo; en este sentido, el estrés estaría relacionado con dolores de cabeza, enfermedades virales, enfermedad cardiovascular y otras enfermedades físicas. Para Sarafino (1998), el estrés

puede afectar a la salud mediante dos vías: una directa, como resultado de los cambios fisiológicos que acompañan al estrés y otra indirecta, a través de la conducta de la persona.

Durante los momentos en los que la persona experimenta estrés incrementa la probabilidad de realizar conductas que pueden llevarlo a enfermedad o causarse otro tipo de daño, por ejemplo, malos hábitos de alimentación, cambios en los ciclos de sueño y de vigilia, demoras para recibir atención médica, no seguir las recomendaciones de los doctores, consumir más alcohol, cigarrillos y café (Sarafino, 1998).

Desde el punto de vista fisiológico, los investigadores coinciden en que el estrés está involucrado con enfermedad en tres formas. 1) La reactividad del sistema cardiovascular se manifiesta mediante cambios en la tasa cardíaca y la presión sanguínea, por lo general, ambas incrementan en momentos de estrés; también se han observado modificaciones en la composición de la sangre, en conjunto estos efectos pueden conducir a hipertensión, enfermedad coronaria o arterioesclerosis. 2) La reactividad del sistema endocrino incluye la liberación de hormonas y sus modificaciones producidas al experimentar estrés. El exceso de catecolaminas y corticoesteroides modifica el ritmo de los latidos cardíacos y puede producir la muerte. 3) La reactividad del sistema inmune puede afectarse por efecto de la liberación de hormonas que disminuyen la actividad de células en contra de agentes patógenos, por lo que algunas enfermedades infecciosas o el cáncer pueden estar vinculadas con el estrés (Sarafino, 1998).

Se ha considerado también que el género puede marcar alguna diferencia que posibilite o interfiera con el estado de salud. Ha sido el desarrollo del movimiento feminista el que ha promovido el estudio de la salud en las mujeres. Sin embargo, tal como lo refiere Hernández (2004) los estudios sobre salud de las mujeres se han enfocado casi exclusivamente al estudio de la salud reproductiva, olvidando un ámbito importante como es el proceso salud-enfermedad. La autora propone que este nuevo ámbito se estudie a partir de la experiencia de las mujeres, de cuándo sienten o deciden que su salud está alterada y qué o quiénes influyen en su cuidado.

Las estadísticas muestran que los varones tienen mayores tasas de mortalidad que las mujeres en distintas etapas de la vida y por distintas causas. Se tiene el dato de que se conciben 120 fetos masculinos por cada 100 femeninos; sin embargo, sólo nacen 106 bebés varones por cada 100 hembras. Se cree que esta situación se debe a defectos o trastornos genéticos recesivos ligados al sexo, como la hemofilia, y al hecho de que las mujeres ofrecen mayor resistencia a las enfermedades infecciosas que los varones porque en el cromosoma *X* hay genes que incrementan su resistencia inmunitaria (Hyde, 1995).

El cáncer de pulmón, los ataques cardíacos, la cirrosis hepática y los accidentes automovilísticos o con armas de fuego son las principales causas de muerte en las que los hombres superan a las mujeres. En todas ellas hay conductas específicas relacionadas con el papel de género que se ha llamado “aspectos letales del papel masculino” que implican rasgos como la agresividad y asumir riesgos, que pueden vincularse con la tasa de mortalidad más elevada de los varones. Fumar, beber, ser agresivos, competitivos e impacientes parecen ser conductas que las mujeres presentarán más, en tanto más se involucren en ambientes anteriormente exclusivos para los hombres. No obstante, la comparación entre mujeres trabajadoras del tipo A y amas de casa de tipo A no arroja diferencias significativas (Hyde, 1995).

Por otro lado, con base en el cuidado de salud que se suele proporcionar a las mujeres, este grupo parece ser más propenso al abuso de sustancias tranquilizantes. Además, muchas mujeres presentan tendencias a beber y fumar pero esto lo hacen en la privacidad de su hogar por las presiones sociales. Aunque las mujeres viven más que los hombres, experimentan más problemas de salud mientras viven y son más propensas a condiciones como artritis, diabetes, reumatismo e hipertensión (Paludi, 1998).

Otras diferencias respecto a salud en hombres y mujeres muestran, en diversas condiciones, un panorama más desfavorable para las mujeres. En relación a la edad, por ejemplo, las mujeres manifiestan tener peor salud que los hombres conforme cumplen más años, aunque a partir de los 65 años las proporciones son similares. Las mujeres también muestran un consumo de medicamentos superior al de los hombres; así mismo, muestran

mayor tendencia a estar en cama por problemas de salud e incluso a limitar sus actividades de tiempo libre por alguna dolencia (Castaño, Menéndez y Palacios, 1996).

Desde la perspectiva de género se considera que existen dos mecanismos fundamentales mediante los cuales la construcción de género influye sobre la salud. Uno es la institucionalización o proceso por el que las acciones de los individuos se convierten en pautas establecidas para todos los integrantes de un grupo social. El otro es la socialización, que implica la enseñanza a los nuevos miembros de la sociedad de las pautas establecidas por la institucionalización; lo cual se lleva a cabo con el niño y la niña desde la familia y después mediante el ejercicio de otro tipo de roles. De esta manera es como las diferencias de mortalidad y morbilidad por sexo no sólo están matizadas por diferencias biológicas sino también por el medio social. Se sabe que la mujer, a cualquier edad, tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre, pero está sujeta a una mayor morbilidad que el varón que se expresa en más alta incidencia de trastornos agudos, mayor frecuencia de enfermedades crónicas no mortales y niveles más elevados de discapacidad, que desde el punto de vista social se relacionan con la desvalorización del ser mujer (Aniorte, 2003).

Al parecer, los estereotipos han marcado otras diferencias: por un lado, las mujeres se obsesionan por estar delgadas; por el otro, los hombres prestan poca atención a los síntomas corporales. Se hace necesario enseñar a las mujeres a fundamentar su valor en algo distinto a su apariencia, así como enseñar a los hombres a prestar más atención al dolor y otros síntomas, abandonando la exigencia de ser “valientes” que los lleva a ignorar sus síntomas hasta que es demasiado tarde (Van Wersch, 1998).

Algunos estudios enfocados precisamente en la relación entre género y salud han encontrado diferencias importantes. Dancey, Hutton-Young, Moye y Devins (2002) realizaron una encuesta con pacientes de síndrome de intestino irritable para evaluar la relación entre la enfermedad percibida, la calidad de vida y el género. Entre sus hallazgos destaca que la severidad de síntomas afecta más la calidad de vida de las mujeres que la de los hombres; pero que el estigma que la enfermedad posee afecta más a los hombres que a las mujeres. Ahora bien, ellos llamaron “enfermedad por intromisión” a la condición de

enfermedad que es consecuencia de la severidad de los síntomas de una patología identificada y de su tratamiento; si esta condición se agrava, la calidad de vida disminuye más considerablemente en hombres que en mujeres. Brink, Karlson y Hallberg (2002) encontraron que en pacientes con afecciones coronarias, las mujeres reportan una salud física significativamente más pobre que los hombres.

En cuanto a las diferencias de género respecto a la experiencia del estrés, algunos investigadores (Stone, Dembroski, Costa y MacDougall, 1990, cit. en Brannon y Feist, 1997) se han concentrado en las diferencias en los patrones de respuesta al estrés midiendo la reactividad fisiológica. Las conclusiones sólo indican una diferencia clara en lo que se refiere a la presión sanguínea sistólica donde los hombres mostraron mayor reactividad que las mujeres. Otra investigación (Light, Turner, Hinderliter y Sherwood, 1993a, cit. en Brannon y Feist, 1997) encontró que la presión sanguínea en general incrementaba más y tenía un tiempo de recuperación más lento en los hombres que en las mujeres. Tales diferencias se han encontrado desde la infancia y la adolescencia por lo que se considera más probable que los hombres desarrollen enfermedad cardiovascular.

Otros autores han comprobado las diferencias de género a partir de reportes verbales. Se ha observado que las mujeres reportan experimentar más estresores de lo que los hombres reportan. Sin embargo, estas declaraciones pueden estar influidas por expectativas sociales de que las mujeres puedan expresar todo lo que les molesta (Sarafino, 1998).

Se considera que las mujeres pueden experimentar el mismo tipo de estrés que los varones, con las mismas características con que ellos lo padecen. Sin embargo, ciertas formas de estrés son exclusivamente femeninas: se enfrentan a los mensajes contradictorios de la sociedad, atraviesan etapas propias de su constitución física y, como corolario, sus síntomas no se toman en serio como los de los hombres. De acuerdo con Witkin-Lanoil (1985), las formas de estrés femenino son:

- ¬ Estrés derivado de su fisiología: desarrollo de senos, menstruación, embarazo, menopausia.

- ⊃ Estrés derivado de los cambios de vida: matrimonio, maternidad, divorcio.
- ⊃ Estrés psíquico por ser soltera, por ser ama de casa, por trabajar, por no trabajar, etcétera.
- ⊃ Estrés ocultos; el machismo, el sexismo sutil.
- ⊃ Estrés de las crisis vitales que caen principalmente sobre los hombros de la mujer: la atención a los padres enfermos o moribundos, el cuidado de un hijo disminuido, al asegurar que la vida continúe.

Las anteriores formas de estrés producen en la mujer un doble riesgo: padecer los síntomas usualmente asociados al estrés como úlceras, hipertensión o fatiga crónica, y además otros trastornos atribuibles al estrés como infertilidad, tensión premenstrual y neurosis de ansiedad. De hecho, los síntomas relacionados con el estrés que son propiamente de la mujer son: amenorrea, tensión premenstrual, dolor de cabeza, depresión posparto, melancolía menopáusica, vaginismo, frigidez, anorgasmia e infertilidad y los trastornos en los que la mujer ha ganado mayoría incluyen: anorexia, bulimia, neurosis de ansiedad y psicosis depresiva (Witkin-Lanoil, 1985).

2.5. Comportamiento

Algunos investigadores en el campo de Psicología y salud prefieren hablar de conductas de salud, bajo este término Beneit (1981) incluye todos los comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general así como las conductas que minimizan el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades. Además considera que tales conductas pueden dar lugar a hábitos de salud, es decir, conductas que están firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio de un individuo y que se ponen en marcha de forma automática. Para que una conducta de salud se presente son necesarios algunos determinantes. Entre estos factores se encuentran algunos de origen social: 1) lo más probable es que la familia inculque algunas de estas conductas que después se convertirán en hábitos, por ejemplo, ducharse, lavarse las manos, cepillarse los dientes; 2) las prácticas valoradas culturalmente o por el grupo social de referencia, por ejemplo, la comunidad puede apreciar o no que las mujeres hagan deporte; 3) la influencias de grupo pueden afectar la decisión de una persona para beber, fumar o salir a correr; 4) finalmente, el

acceso al sistema sanitario será determinante para participar de las vacunas o exámenes médicos. La práctica de una conducta de salud también puede estar influida por factores personales, los más importantes son: 1) la autopercepción de síntomas, consiste en interpretar señales corporales como inicios de enfermedad y, además, relacionarlas con ciertas conductas o hábitos, aunque la ocurrencia de esta situación pudiera parecer obvia, para algunas personas las señales corporales no sobresalen de otros estímulos que recibe probablemente por las expectativas relacionadas con enfermedad que ha desarrollado o por su personalidad, aptitudes y motivaciones; 2) las emociones experimentadas pueden acompañarse de hábitos nocivos para la salud; 3) por último, las creencias y aptitudes sobre la posibilidad de reducir el riesgo de enfrentar mediante el comportamiento igualmente determinan si la persona practicará una conducta de salud. De la corriente cognitiva ha surgido la hipótesis de que los individuos pueden ser más propensos a practicar comportamientos de salud según algunas dimensiones de su personalidad, entre las cuales la más eficaz para predecir la realización de conductas de salud parece ser el constructo de locus de control, cuyas definiciones para el área de salud son:

- *Locus de control interno para la salud*, evalúa la creencia de que se puede controlar la propia salud mediante determinados comportamientos.
- *Locus de control externo para la salud*, o la creencia de que quien mejor controla la salud son los profesionales sanitarios.
- *Locus de control debido al azar*, creencia de que la propia salud depende de factores absolutamente incontrolables y azarosos (Beneit, 1981).

Ha podido observarse que la relación entre los factores psicológicos y la enfermedad física no es clara en cuanto sus mecanismos de interacción. Los resultados son variados y apoyan a diversos modelos por lo que ninguno tiene la primacía en estos momentos. En el siguiente capítulo vamos a presentar la propuesta que se plantea para hacer frente a estos retos y posteriormente se hará un análisis de su importancia y utilidad.

CAPÍTULO 3

EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

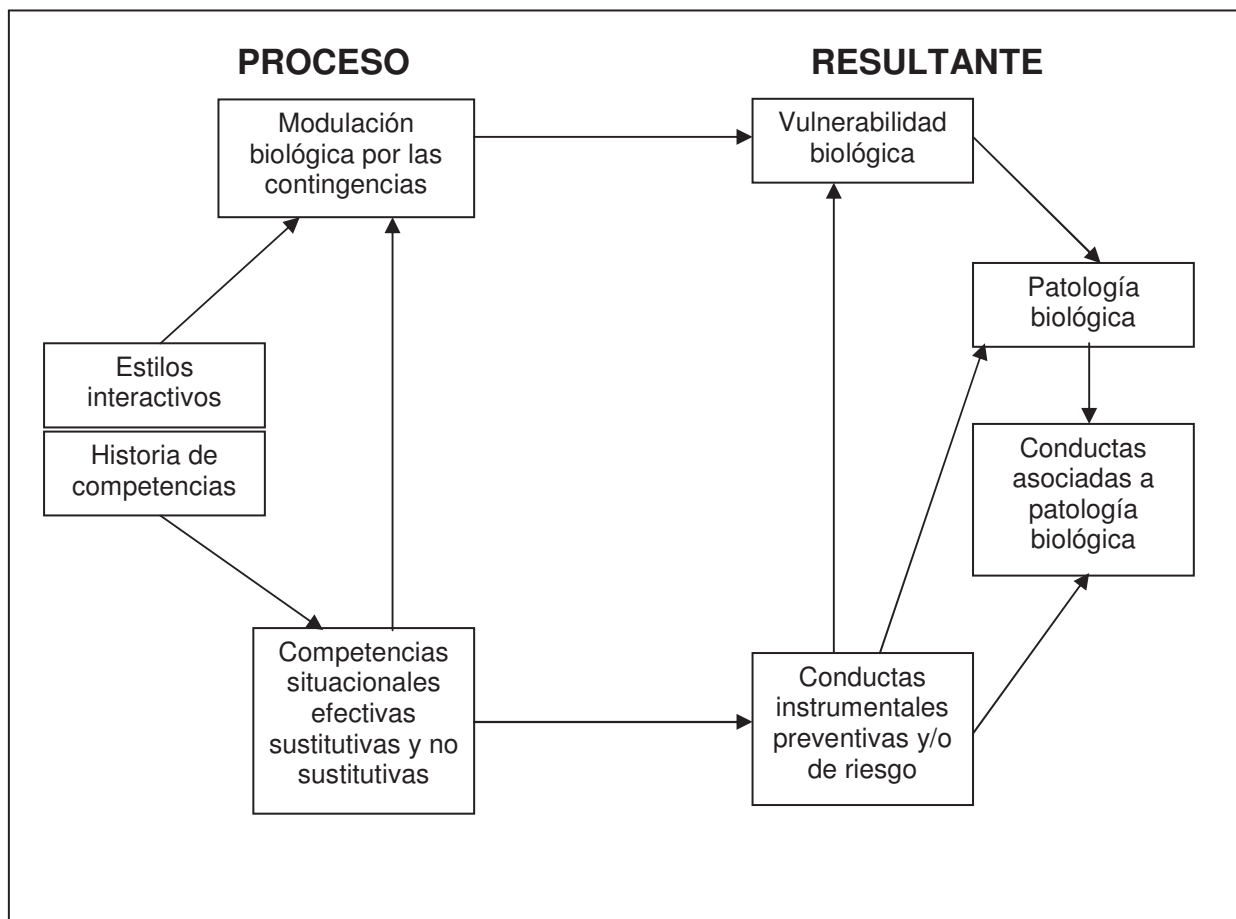
En el terreno de las enfermedades psicofisiológicas, revisado en el primer capítulo, se observó la relación entre “el cuerpo y la mente” y cómo ésta ha dado lugar a distintas disciplinas dedicadas a estudiar sus modos de afectación. Al enfocarnos en los factores psicológicos relacionados con enfermedad, tema del capítulo dos, observamos que esta relación va más allá de las enfermedades psicofisiológicas y que abarca cualquier estado de enfermedad, sin embargo, la forma en que unos afectan a ésta está en una etapa repleta de hipótesis con mayor o menor comprobación, a pesar de la extensa investigación realizada principalmente en torno al estrés, fenómeno que se ha convertido en punto de unión entre la psicología y el campo de la salud. En consecuencia, hablamos de medicina conductual, psicología de la salud, psicología médica, etcétera, sin que la relación entre salud y psicología quede lo bastante clara como para que cada profesional reconozca su papel. La propuesta la constituye el *Modelo psicológico de la salud*, sugerido por Ribes (1990), el cual ha sido catalogado por Piña, Obregón, Corral y Márquez (1996) como una alternativa parsimoniosa, coherente e integradora para aproximarse a la salud, ya que establece con mayor claridad y precisión las dimensiones o niveles analíticos de comportamiento en el curso, mantenimiento y eliminación de los problemas de salud física; además, este modelo facilita la delimitación del quehacer del psicólogo dentro del estudio de la salud. Ahora veremos cómo está elaborado el modelo y qué implicaciones tiene.

3.1. Aspectos constitutivos y funciones

El estado de salud-enfermedad ha sido considerado desde dos perspectivas principales: los modelos biomédico y socio-cultural, cuya eficacia para plantear prácticas de prevención, curación y rehabilitación depende de un factor medular: el comportamiento, es decir, la práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales. En última instancia, es el comportamiento de la persona lo que puede modificar el inicio y curso de una enfermedad, a esto se le llama *dimensión psicológica de la salud* y contiene varios elementos: hacer o no hacer, hacer de cierta manera las cosas y hacerlo frente a determinadas condiciones.

La presencia, ausencia o características del estado de salud aparecen en este modelo como resultado final de un proceso y una resultante que vinculan variables biológicas y psicológicas, obsérvese el Cuadro 1, donde se reproduce el modelo tal y como ha sido propuesto por Ribes (1990) y que describiremos en los próximos apartados.

CUADRO 1. MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA
(TOMADO DE RIBES, 1990).



El proceso

Esta sección incluye los diversos elementos que se conjugan para dar lugar a la parte resultante de la cual depende el estado de salud. Este es un proceso único pues involucra la

historia de interacción del individuo, las competencias conductuales y la modulación de los estados biológicos por las contingencias del ambiente.

La historia interactiva del individuo. La forma en que un individuo se ha comportado en el pasado y el tipo de situaciones en que lo ha hecho constituyen su historia interactiva. Se considera a la historia como una *disposición* del individuo, es decir, un factor que probabiliza una interacción presente según la forma como se ha comportado en el pasado. No es un factor determinante de la conducta que el individuo mostrará ya que ello se relaciona también con las características actuales de la situación en cuestión. En concreto, su importancia radica en que se instala como un factor que facilita o interfiere con la emisión de ciertas conductas. La historia interactiva posee dos dimensiones:

1. Estilos interactivos. Ribes (1990) los define como “las maneras idiosincrásicas en que cada individuo aprende a entrar en contacto con determinado tipo de situaciones” (p. 37), por lo tanto, no son respuestas particulares del individuo. De esta definición se desprende, en primer lugar, la singularidad de los estilos interactivos, es decir, no se podría clasificar a un conjunto de sujetos como poseedores de un mismo estilo –lo que ha sucedido con las posturas tradicionales sobre personalidad-, ya que los estilos interactivos se expresan en la *manera* como una persona se comporta y no en las morfologías de conducta particulares que mostrará. Por otro lado, al considerar las situaciones en que un individuo se comporta se obtiene, en un plano, que el estilo se concibe como una interacción y, en otro plano, es posible definir características y elaborar categorías de situaciones más que de conductas. De manera general, una situación puede presentar dos opciones: 1) que no establezca criterios de comportamiento para el sujeto, en este caso sucederá que el individuo, al interactuar por primera vez en una situación así, se comportará conforme a su propio estilo; 2) que establezca criterios para el comportamiento del individuo, entonces el resultado será un ajuste de los estilos a la exigencia de la situación, lo que se observará como modulación de la oportunidad, velocidad y precisión de las respuestas que hagan efectiva la interacción. Se han identificado doce tipos diferentes de

situaciones ante las cuales los individuos pueden desplegar estilos idiosincrásicos, siempre y cuando se mantenga la característica de que no se establezcan criterios predeterminados de efectividad para la interacción en dicha situación. Tales situaciones son: toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad, tolerancia a la frustración, persistencia o logro, flexibilidad al cambio, tendencia a la trasgresión, curiosidad, tendencia al riesgo, dependencia de señales, responsividad a nuevas contingencias, impulsividad-no impulsividad y reducción de conflicto. Algunas de estas situaciones poseen las características funcionales bajo las cuales se produce el estrés, ellas son: toma de decisiones, tolerancia a la frustración, reducción de conflicto, tolerancia a la ambigüedad, tendencia al riesgo e impulsividad-no impulsividad.

2. Historia de competencia. Es la segunda dimensión de la historia interactiva y esta definida como la “capacidad adquirida por el individuo en el pasado para interactuar efectivamente con situaciones que prescriben ciertos requerimientos o resultados” (Ribes, 1990, p.44). En pocas palabras, este término tiene que ver con la disponibilidad de *competencias funcionales*, concepto que alude a la interacción entre el comportamiento de un individuo, las características relevantes de la situación y las consecuencias que tiene el comportamiento. Al considerar una situación como un conjunto de contingencias cobra relevancia el término de *condicionalidad* entre acontecimientos, por un lado las acciones del organismo y por otro las acciones de los objetos relativas a los organismos. Una vez que esta interacción ocurre, tienen lugar otros eventos –consecuencias o efectos- que pueden alterar la condición del individuo o la ocurrencia de otros acontecimientos o ambos. En aquellos casos en que la situación establece ciertos requisitos, estos efectos deben valorarse en relación a ellos para determinar si hubo competencia. Hemos mencionado que las competencias funcionales pueden estar disponibles, lo cual implica igualmente que pueden no estarlo; en este sentido se hable de *capacidad conductual del un individuo* para señalar que la historia de competencias puede facilitar el desarrollo de

nuevas formas de competencia efectiva para las situaciones novedosas en que el sujeto interactúe.

Competencias presentes. Las competencias presentes surgen de la historia de competencias pasadas y es preciso aclarar que no son formas específicas de conducta, ni deben confundirse con habilidades; en lugar de eso, considérese que las competencias, como fenómeno disposicional, aluden a la probabilidad de ocurrencia de distintos comportamientos que hagan efectiva la interacción, por tal motivo, las competencias hacen referencia tanto a las respuestas emitidas por el individuo como a los requisitos de la situación y a las consecuencias resultantes. Las competencias pueden desarrollarse en diversos niveles funcionales. Ribes (1990) propone cuatro que se describen a continuación.

- Interacciones situacionales no instrumentales. El individuo actúa diferencialmente según los objetos, personas y acontecimientos sin producir ningún cambio en dichos elementos. Por ejemplo, el estudiante que se enoja al observar su calificación en el examen está mostrando una interacción situacional no instrumental.
- Interacciones situacionales instrumentales. En este caso la conducta que el individuo muestra también está en función de las características de la situación, pero además produce cambios en ella como consecuencias favorables o desfavorables para él. Ingerir alimentos es una conducta que está regulada por la accesibilidad de los alimentos y su tipo, y trae como consecuencia el aumento o disminución de peso que afecta al individuo.
- Interacción extrasituacional. El individuo responde en la situación a características no explícitas porque su comportamiento puede estar regulado por las características de otra situación pasada, presente o futura. La interacción puede tener lugar de diversas formas: el individuo puede reaccionar en ausencia de la situación como si estuviera en ella; el individuo puede reaccionar en una situación como si no estuviera en ella; el individuo puede reaccionar en una situación como si fuera distinta; el individuo puede reaccionar en una situación x con las características no instrumentales de la situación y ; el individuo puede reaccionar en una situación x con las

interacciones instrumentales características de una situación y; o la combinación de alguna de las formas anteriores. Una interacción de este tipo se da en el caso de individuos que experimentan ansiedad en los días previos a que suceda un evento angustiante. El comportamiento lingüístico del sujeto cobra relevancia en este tipo de interacciones.

- Interacción transituacional. El individuo responde a la situación con base en la concepción que hace de ella y no en relación con sus características explícitas o a la experiencia que el individuo tiene con situaciones similares.

Modulación biológica por las contingencias. Ahora bien, los elementos que hemos descrito se combinan para relacionarse y afectar los diversos sistemas reactivos biológicos y los estados resultantes en el organismo, generando con ellos lo que Ribes (1990) denominó *modulación biológica por las contingencias*. De acuerdo con el autor, “el comportamiento es la dimensión crítica que regula diferencialmente las propiedades funcionales de los agentes del ambiente en su acción sobre el organismo” (p. 29). De este hecho se deriva lo siguiente:

- El comportamiento del individuo puede modificar la forma en que su condición biológica es afectada por los agentes nocivos ambientales.
- La acción de los factores psicológicos sobre el estado biológico no es directa; su efecto depende del tipo de conducta mostrada y de las características de la situación.
- La reactividad biológica de un individuo está modulada por el comportamiento que emite en una situación específica.

El resultante

Siguiendo el esquema del modelo se observa que existen dos caminos que pueden tener lugar. En la primera opción, la interacción de todos los elementos del proceso, por la vía de la modulación biológica por las contingencias, conduce a vulnerabilidad biológica, es decir, un estado en que las condiciones orgánicas han adquirido ciertas características que pueden aumentar la probabilidad de que el individuo desarrolle un estado de enfermedad en caso de encontrarse con factores ambientales de riesgo. De ser así, entonces el modelo contempla la existencia de patología biológica que es, por decirlo de algún modo, la siguiente parada si

el individuo continúa recorriendo este camino. La patología, es decir, la enfermedad, se presenta en el organismo a causa del contacto con agentes nocivos y por su propia constitución. Ahora bien, el curso mismo de una enfermedad puede dar lugar a una resultante psicológica: las conductas asociadas al estado patógeno, que más adelante describiremos.

En la otra opción que reconoce este modelo, los elementos del proceso, vía las competencias situacionales, conducen al desarrollo de conductas instrumentales. Se trata de acciones específicas y concretas que tienen relación con la salud, ya sea elevando o disminuyendo el riesgo de contraer una enfermedad o causando daño al organismo. Las conductas instrumentales pueden tener efectos a corto y largo plazo, lo que constituye un elemento definitorio de su probabilidad de ocurrencia. Los resultados positivos de una conducta preventiva que se presentan de forma mediata a la ocurrencia de la misma generan poca probabilidad de que esa conducta se mantenga. En cambio, una conducta de riesgo cuyas consecuencias nocivas aparecen con demora pero que además tiene efectos placenteros inmediatos, es más probable.

Como se puede ver, este factor posee tres posibilidades para afectar la salud del individuo: 1) afectar la vulnerabilidad biológica del individuo; 2) conducir por sí mismo al desarrollo de un estado patológico, incluso puede también agravar la enfermedad ya presente en el sujeto, detener su progreso o, por el contrario, conducir a una remisión total, y 3) generar la presencia de conductas asociadas a patología biológica, aun en el caso en que no exista patología biológica genuina.

Conductas asociadas a enfermedad. Se reconocen tres formas en que una auténtica patología biológica puede dar lugar a este tipo de conductas que, en ciertos casos, pueden requerir atención por sí mismas. En primer lugar, las conductas se pueden presentar como efecto de una alteración biológica, por ejemplo, el daño en el funcionamiento del sistema nervioso produce algunos trastornos motrices. Otra forma incluye a las conductas que son el derivado de la terapéutica que se utiliza para aliviar la condición patológica, es decir, todo aquello que se conoce como reacciones secundarias al uso de ciertos fármacos. La

tercera modalidad son las conductas que surgen inespecíficamente ante la enfermedad, por ejemplo, el desánimo, la ansiedad, la desesperación, la irritabilidad, entre otros. Se considera que el nivel de competencia del individuo puede hacer la diferencia para determinar la forma en que la patología biológica dará lugar a un tipo determinado de conductas asociadas a enfermedad. El último tipo de conducta especificado puede convertirse en una forma sistemática de interactuar con situaciones problema; además le puede otorgar consecuencias proporcionadas por su entorno social, en función de los resultados que obtenga, lo cual puede representar una ventaja para la persona, estas conductas se vuelven consistentes sin que exista ningún padecimiento biológico real.

Las conductas asociadas a enfermedad de la tercera modalidad descrita constituyen lo que anteriormente se denominó trastornos psicofisiológicos. Como se mencionó, un factor que puede influir en que este tipo de conductas se presenten es el nivel de competencia del individuo. Por lo tanto, es importante explorar este fenómeno para determinar el papel que juegan en el estado de salud de las personas.

3.2. Implicaciones del modelo

En primer lugar es preciso comentar la importancia que el modelo tiene a nivel teórico ya que cada término descrito, que hace referencia a un fenómeno bien delimitado, es el resultado del estudio y trabajo minuciosos provenientes de la teoría de la conducta. La taxonomía funcional propuesta por Ribes y López (1985) es el marco conceptual del que deriva el modelo anteriormente presentado. En su obra *Teoría de la conducta*, los autores exponen cómo el análisis realizado a partir de las limitaciones de la teoría del condicionamiento dio lugar a una interpretación cuyas ventajas lógicas y empíricas la colocan por encima de su antecesor. Se recurrió a la teoría de campo formulada por J. R. Kantor como marco de referencia para elaborar esta teoría ya que en su propuesta la psicología es considerada como ciencia y la dotó de un objeto de estudio, la *interconducta*, y de un paradigma, el concepto de *campo psicológico*, superando con ello las desventajas inherentes a la mecánica cartesiana adoptada por el modelo del reflejo. Por otro lado, B. F. Skinner, con su amplio trabajo metodológico, proporcionó el avance empírico y experimental necesario para valorar las aportaciones teóricas de Kantor. Ribes y López

elaboraron su taxonomía con el fin de satisfacer ciertos propósitos, mismos que se convierten en sus mayores ventajas con respecto a otros modelos.

- Proporciona una organización conceptual de los eventos empíricos que elimina las anomalías de la tradicional teoría del condicionamiento.
- Recupera datos y problemas mal abordados o ignorados por el conductismo.
- Redefine problemas empíricos de la teoría de la conducta para legitimizarlos.
- Su alcance explicativo es mayor porque cubre una gran cantidad de fenómenos y logra la integración de otros eventos, lo que no era posible con la teoría anterior.

Por si esto fuera poco, los autores de *Teoría de la conducta* dedican una parte importante de su libro para hablarnos sobre la distinción entre ciencia y tecnología. Una vez que se ha aceptado que el trabajo teórico es una abstracción de la realidad, surge la cuestión de su recuperación para el nivel práctico. Al llegar a este punto, el de la práctica, será necesario hacer una síntesis de las categorías derivadas del análisis hecho por la disciplina básica, única para los eventos en que se desarrolla la actividad del psicólogo. Así pues, podemos afirmar que el *Modelo psicológico de la salud biológica* es una síntesis de las variables y dimensiones psicológicas pertinentes al ámbito de la salud.

Para el psicólogo que se desempeña en el contexto de la salud este hecho representa muchas ventajas. Sus momentos de intervención se amplían al considerar al comportamiento como el mediador de los efectos del ambiente sobre el organismo. Los programas preventivos se han ubicado principalmente bajo las perspectivas socioambiental y biomédica y se constituyen por un conjunto de medidas que, al no tomar en cuenta el comportamiento de los individuos, disminuyen o pierden su efectividad.

La adopción del Modelo aquí descrito introduce algunos cambios a las clasificaciones tradicionales para la organización de prácticas preventivas. Se conserva la distinción en tres tipos de prevención pero las medidas incluidas en cada uno de ellos son diferentes a las consideradas por la perspectiva biomédica. El nivel primario de prevención quedará constituido por situaciones previas a la aparición de riesgos biológicos o incluso patologías incipientes, es decir, corresponde a todas aquellas medidas que alteran las

prácticas de la vida cotidiana relacionadas con la salud, por ejemplo: dietas, ejercicio, hábitos saludables, prevención de accidentes, reducción del estrés, habilidades de supervivencia. A nivel preventivo secundario operarían las acciones encaminadas a detener el avance de una patología o de una propensión a la patología; se trata del reconocimiento de síntomas y su consecuente atención oportuna así como el seguimiento del tratamiento médico y habilidades para aprovechar al máximo los servicios médicos. Ahora bien, el conjunto de formas de conducta que aumente la probabilidad de éxito de la terapéutica y favorezca la rehabilitación, constituyen las medidas de prevención de nivel terciario (Ribes, 1990).

En este punto, el psicólogo puede prevenir la aparición o en su caso promover el manejo de conductas asociadas a enfermedad que es el tema que nos ocupa en este escrito y cuyo abordaje iniciamos con la discusión acerca de las enfermedades psicosomáticas bajo el supuesto de que su etiología está relacionada con factores psicológicos. Hemos recorrido un largo camino para llegar al planteamiento de que cualquier alteración biológica conlleva en su génesis, mantenimiento y cura elementos de carácter psicológico, situación que crea una condición en la que el trabajo conjunto entre medicina y psicología se torna indispensable. Respecto a la relación entre factores psicológicos, género y salud, como se estableció en el capítulo dos, se puede sugerir a partir de los datos estadísticos que las diferencias entre el tipo de padecimientos experimentados por hombres y mujeres está relacionado con sus papeles de género, por lo que ahora muchas mujeres están pagando con su salud el precio de integrarse a un mundo anteriormente “masculino”. Las teorías psicológicas tradicionales han propuesto que el principal mecanismo por el que esta integración ha afectado a la salud es el estrés, el que, independientemente del género, puede afectar a la salud al producir cambios fisiológicos; además, desde la perspectiva de género, las mujeres pueden ser más vulnerables debido a que parecen experimentar mayores situaciones de estrés y a que se considera que existen formas de estrés exclusivamente femeninas. Por otro lado, se ha propuesto también al estrés como factor de riesgo con base en que frecuentemente da lugar a conductas que llevan a la persona a enfermar o a padecer otros daños. Sin embargo, la vasta información acerca del estrés no presenta de manera integrada diversos elementos necesarios, por ejemplo, al enfatizar el

tema del afrontamiento, cuyo propósito es minimizar los efectos del estrés, deja de lado la cuestión de resolver las demandas ambientales.

En cambio, en un examen detallado del esquema del modelo se puede observar que las variables biológicas y psicológicas han sido vinculadas de una forma más completa que en otras teorías. El autor no se limita a considerar un conjunto concreto de situaciones sino que agrupa más bien el comportamiento del individuo y muestra el efecto que puede tener sobre el estado de salud sin hacer mención sobre el tipo de situaciones, por ejemplo estresantes, ya que cualquier situación en que interactúe el individuo posee la potencial cualidad de alterar su salud según el comportamiento que el mismo sujeto despliegue. Podemos decir que las competencias, y el nivel funcional en que se efectúan, son esa dimensión puramente comportamental, psicológica, que puede marcar la diferencia entre adquirir un estado de enfermedad o no. Principalmente en aquellas situaciones en que no se observa la influencia directa de una condición biológica para producir síntomas físicos en el individuo, lo más probable es que sean sus interacciones lo que afecte su salud. En el capítulo dos trabajamos estas ideas según han sido elaboradas por otros autores. “Estrés” es el término que se utiliza para designar una situación donde el médico de un individuo que se queja de dolencias físicas no puede explicar sus causas, “deber ser el estrés, tranquilícese”; sin embargo, situaciones similares son experimentadas por diversos individuos y sólo algunos desarrollan malestares físicos. “Afrontamiento” se refiere a las acciones o “cogniciones” que el sujeto despliega con el fin de minimizar los efectos del estrés sobre su organismo. En este trabajo vamos a preferir el término “*competencia*” no solo por la palabra en sí, sino por los hechos que describe, a saber: las características de la respuesta conductual en relación con la situación en que sucede, incluyendo las alteraciones biológicas, el nivel funcional en que se ejerce y su grado de efectividad; no se centra en la respuesta del sujeto, sino en su interacción con situaciones que demandan la satisfacción de un criterio; es un término disposicional que trasciende la lógica de las variables para referir probabilidad de ocurrencia; no alude a una acción sino a un conjunto de ocurrencias posibles, y, finalmente, enfatiza la correspondencia funcional entre el ambiente y la respuesta. Es probable que las personas que despliegan comportamientos más efectivos sean quienes mantengan mejores niveles de salud.

Aún más, las competencias no se presentan como un elemento aislado con una relación unidireccional con la salud. En cambio, el modelo muestra que las competencias se relacionan con otros factores psicológicos y que, a su vez, están integradas por distintas dimensiones que en otras perspectivas se han tomado como variables independientes. Nos referimos a las dimensiones efectiva, afectiva y valorativa de la competencia, es decir, las acciones, emociones y valoraciones que hace la persona, respectivamente. Por lo tanto, el psicólogo tiene una perspectiva más completa de cómo la conducta afecta a la salud.

El trabajo proveniente de la aplicación del modelo ha sido beneficioso para generar un instrumento cuyo objetivo es valorar la relación entre el estado de salud y las *competencias*, lo que ha dado lugar a una nueva serie de interrogantes. En este instrumento se consideran situaciones que corresponden a dos diferentes arreglos contingenciales: 1) flexibilidad al cambio, donde el individuo se enfrenta a situaciones en que las demandas y las consecuencias cambian de manera frecuente o variada; 2) persistencia o logro, donde al individuo se le exige un esfuerzo mayor para que consecuencia corresponda o se le permita continuar con la actividad. El primero de estos arreglos se parece al tipo de situaciones cuyas características funcionales producen estrés; el segundo corresponde a situaciones donde lo principal es la efectividad del comportamiento.

Es nuestro propósito arrojar cierta luz respecto a la interacción que pueda existir entre la salud y ciertas dimensiones de las competencias funcionales, como la apreciación de la situación o las emociones experimentadas, y si éstas tienen algún vínculo importante con el género. Para ello, se ha realizado una investigación que se mostrará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 4

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDAD, COMPARACIÓN DE GÉNERO.

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo describiremos la investigación que se realizó con base en los fundamentos del Modelo Psicológico de la Salud Biológica que se trató en el capítulo anterior.

Preguntas de investigación

1. ¿Existen diferencias en la frecuencia con que los hombres y las mujeres experimentan enfermedad?
2. ¿La presentación de conductas de atención a la salud está relacionada con el género?
3. ¿Los factores psicológicos, tales como las competencias funcionales, están relacionados con el padecimiento de enfermedades?

Trabajar con estas preguntas dio lugar a las siguientes hipótesis:

1. El grado de competencia, en términos de la manera de responder a situaciones determinadas, es muy similar en hombres y mujeres.
2. Las mujeres tienden a mostrar reacciones emocionales negativas con mayor frecuencia que los hombres.
3. Las mujeres tienden a valorar las situaciones de logro o persistencia y flexibilidad al cambio como amenazantes con mayor frecuencia de lo que lo hacen los hombres.
4. Las mujeres experimentan enfermedad con mayor frecuencia que los hombres.
5. Las mujeres, en comparación con los hombres, emiten un mayor número de conductas de cuidado a su salud y de atención oportuna a los síntomas.
6. Las personas sanas son más competentes que las personas enfermas.
7. Las personas sanas tienden a mostrar reacciones emocionales positivas con mayor frecuencia que las personas enfermas.

8. Las personas sanas tienden a valorar las situaciones de logro o persistencia y flexibilidad al cambio como no amenazantes con mayor frecuencia que las personas enfermas.

De esta forma, nuestra investigación tuvo como objetivo realizar una comparación de género respecto a la frecuencia de experimentar enfermedad, emitir conductas de atención a la enfermedad y características de las competencias funcionales, así como la relación de estas últimas con el estado de salud.

Tipo de estudio

La investigación se llevó a cabo a través de un diseño descriptivo de tipo transversal que consiste en examinar varios grupos de personas en un solo punto del tiempo, por lo que permite estudiar diferencias por edad o por algunas otras características de las personas (Salkind, 1998).

Variables

1. Género, se consideró a los géneros masculino y femenino.
2. Cronicidad de la enfermedad, hace referencia al diagnóstico que tiene una persona de experimentar una enfermedad denominada “crónica”; el diagnóstico fue realizado por médicos, permite distinguir entre personas sanas y enfermas.
3. Frecuencia de enfermedad, se refiere a la frecuencia con que la persona se enferma durante un periodo de tiempo determinado.
4. Respuesta a la enfermedad, esta variable evalúa las diversas conductas de atención y cuidado oportuno a la salud que presenta la persona.
5. Competencia, se denomina de este modo a la dimensión efectiva que tiene que ver con el *cómo responden* los participantes a situaciones de logro o persistencia y de flexibilidad al cambio.
6. Valoración de la situación, es la dimensión valorativa de las competencias funcionales, implica la apreciación que el sujeto hace de la situación.

7. Reacción emocional, es la dimensión afectiva de las competencias funcionales, corresponde a la experiencia emotiva que el sujeto experimenta, puede ser positiva, negativa o neutra.
8. Éxito, identifica el grado de logro alcanzado por el participante en cuanto a sus metas y actividades cotidianas.

4.1. Método

Sujetos

Participaron 210 personas voluntarias de las cuales 114 eran sanas y 96 eran enfermas. Los integrantes del primer grupo fueron reclutados por un médico, una psicóloga y la investigadora. Para hacerlo se colocaron anuncios sobre el proyecto y se establecieron contactos con directivos de escuelas para presentar el proyecto; posteriormente, se plantearon a los candidatos preguntas como: qué tan frecuentemente se enfermaban, qué tan rápido se recuperaban, si acudían a consultas frecuentemente y si se consideraban sanos. De esta manera se obtuvo una muestra de sujetos sanos provenientes de centros deportivos, educativos y laborales.

El grupo de enfermos fue reclutado por el mismo equipo de personas, esta vez se recurrió al diagnóstico que el mismo médico había hecho a algunos de sus pacientes. Así pues, este grupo se formó con pacientes de hospitales públicos y privados.

Criterios de selección

Se incluyeron hombres y mujeres que cumplieron con los siguientes requisitos:

- Su edad se ubicaba dentro del rango de 15 a 55 años.
- Sabían leer y escribir.
- Accedieron a participar.
- Tenían el diagnóstico de una enfermedad crónica, para el grupo de enfermos.
- Referían un buen estado de salud, para el grupo de sanos.

Instrumentos

Se utilizó el *Instrumento para evaluar competencias*, diseñado bajo los términos implicados en el Modelo Psicológico de la Salud (Rodríguez, 2003), que consta de cuatro secciones: en la primera se incluyen los datos demográficos del respondiente; la segunda es una valoración de éxito; la tercera corresponde al cuestionario de salud general del respondiente; la última es el cuestionario que evalúa nivel de competencia en sus tres dimensiones que son efectiva, afectiva y valorativa.

Las pruebas de confiabilidad del Instrumento se aplicaron a la sección que evalúa nivel de competencia. Se entrenó a dos jueces para determinar, a partir de las respuestas del sujeto, su nivel de competencia, efectiva, el tipo de reacción emocional y el tipo de valoración. A todas las calificaciones obtenidas por los jueces independientes se aplicó la prueba Kappa que arrojó un índice de confiabilidad de .974 que se considera muy alto. A continuación se procedió a elaborar las seis distintas escalas del instrumento, que se describirán más adelante, y se les aplicó la prueba Alfa de Cronbach, cuyos resultados para cada escala fueron: baja frecuencia de enfermedad, .806; respuesta de no atención a la enfermedad, .563; éxito, .927; competencia, .947; reacción emocional positiva, .958; valoración neutra de la situación, .920. Todos los índices, excepto el de la escala respuesta de no atención a la enfermedad, se consideran muy altos (Rodríguez, 2004).

A continuación describiremos el Instrumento, mismo que se incluye en el Anexo I. En la sección de demográficos el participante debe proporcionar los siguientes datos: edad, estado civil, género, máximo nivel de estudios y ocupación.

Parte 1. Corresponde a la sección de éxito, contiene tres reactivos acerca del grado de éxito, las metas alcanzadas y los logros del individuo respecto a sus actividades cotidianas. El sujeto responde en una escala de valoración positiva ascendente del uno al cinco.

Parte 2. Corresponde a la sección de salud. Incluye siete reactivos que proporcionan un panorama global del estado de salud de la persona y su forma de responder ante él.

El primero de ellos registra el tipo de enfermedad que el sujeto padece de acuerdo con las siguientes opciones: 1. de la piel, 2. respiratoria, 3. cardiovasculares, 4. gastrointestinales, 5. perturbaciones menstruales, 6. de los órganos sensoriales, 7. músculo-esqueléticas y 8. otras. Los números de estas opciones y las que se mencionarán abajo sirvieron como códigos para el registro.

El siguiente reactivo se refiere a la frecuencia con que el sujeto experimenta la enfermedad indicada. Las opciones son: 1. una o más veces por semana, 2. una vez por quincena, 3. una vez al mes, 4. una vez cada 2 ó 3 meses, 5. una vez cada 4 ó 6 meses, 6. una o dos veces al año y 7. menos de una vez por año.

En el tercer reactivo hay que señalar las acciones que realiza al enfermarse, las cuales pueden ser: 1. ingresa a un hospital, 2. va a ver a algún médico, 3. le habla al médico, 4. deja de hacer algunas actividades, 5. se pone en total reposo, 6 toma algún medicamento por su cuenta y 7. no hace caso.

El reactivo cuatro inquiriere sobre el padecimiento de una enfermedad crónica, en este caso hay que responder sí o no y especificar cuál en caso positivo.

El quinto reactivo se refiere a la frecuencia con que ingiere medicamentos, remedios caseros o tratamientos de medicina alternativa. Las opciones son: 1. siempre, 2. casi siempre, 3. a veces, 4. casi nunca y 5. nunca.

El reactivo seis pregunta sobre el número de hospitalizaciones en el último año: 1. más de cuatro, 2. cuatro, 3. tres, 4. dos, 5. una y 6. ninguna.

Finalmente, el séptimo reactivo es acerca de la frecuencia con que padece molestias o malestares: 1. siempre, 2. casi siempre, 3. a veces, 4. casi nunca y 5. nunca.

Parte 3. Corresponde a la sección que evalúa nivel de competencia, contiene 36 reactivos que muestran diversas situaciones, 18 corresponden a un arreglo contingencial de

logro y 18 al de flexibilidad al cambio. En ambos casos, las situaciones corresponden a los contextos de desempeño laboral, familiar y social. Cada reactivo incluye tres preguntas abiertas y una cuarta que se responde en una escala de cinco opciones. Las preguntas abiertas están especificadas en incisos.

El inciso a) *qué hace o haría*, evalúa la dimensión relativa al hacer del sujeto, como dimensión efectiva de las competencias funcionales, corresponde a la variable número dos denominada “competencia” que se calificó como alta, baja, media y ninguna, de acuerdo con los siguientes criterios: los motivos del hacer que se evalúan en el segundo inciso y con base en la correspondencia entre lo que la situación demandaba y lo que el sujeto respondía.

El inciso b) *por qué*, evaluaba los motivos del sujeto y permitía determinar el grado de competencia.

El inciso c) *qué siente o sentiría*, corresponde a la dimensión afectiva de las competencias funcionales, es decir, evalúa la reacción emocional del sujeto al enfrentarse a situaciones de logro o persistencia y de flexibilidad al cambio. Esta dimensión se valoró según cuatro posibilidades de reacción emocional: negativa alta, negativa baja, neutra y positiva.

El inciso d) *cómo ve la situación*, es la única pregunta cerrada de esta parte, se refiere a la dimensión valorativa de las competencias funcionales y se utilizaron seis opciones de respuesta: muy amenazante, regularmente amenazante, poco amenazante, casi nada amenazante y nada amenazante.

Escalas del instrumento

Las variables se transformaron en seis escalas independientes:

1. Baja frecuencia de enfermedad. Surge a partir de 15 reactivos. Alude tanto a la frecuencia con que los participantes enferman como a la cronicidad de la enfermedad. La escala tiene unos rangos que van de 54 a 91. En el primer caso, al considerar que el sujeto respondía con una de ocho opciones que van desde 1 = una

o más veces por semana hasta 8 = nunca, se obtiene que los valores altos hacen referencia a una baja frecuencia de enfermedad y los bajos a una alta frecuencia. En el segundo caso, con un solo reactivo se preguntaba si padece enfermedad crónica; las posibles respuestas, sí = 1 y no = 2, indican con un valor bajo que el sujeto es enfermo crónico y con uno alto que no lo es.

2. Respuesta de no atención a la enfermedad. Está integrada por las respuestas a 15 reactivos, entre ellas: qué hace el individuo al enfermarse y cómo es su consumo de medicamentos. Los rangos de la escala van de 38 a 62. Los valores para la calificación van del 1 al 8, desde ingresa a un hospital hasta no hace caso. Esto significa que los valores altos indican acciones contundentes frente a la enfermedad y los valores bajos poca atención a la misma.
3. Éxito. Se compone de los tres primeros reactivos del instrumento. Los rangos de esta escala van de 5 a 15. El “éxito laboral” se calificó con cinco opciones, donde 1= ninguno y 5 = total. El “alcance de las metas” contó también con 5 opciones: 1 = nada y 5 = totalmente. El “logro personal” se valoró del 1 al 5 donde, 1 = totalmente insatisfactorio y 5 = excelente. Como puede apreciarse, los valores altos corresponden a éxito y los bajos a no éxito.
4. Competencia. En ella se incluyen el primer inciso, es decir, la dimensión efectiva de las competencias funcionales. Los rangos de la escala van de 63 a 144; sus valores, del 1 al 4, corresponden a alta, media, baja y ninguna. Los valores altos indican competencia alta y los bajos, no competencia.
5. Reacción emocional positiva. Se obtuvo a partir del tercer inciso en los 36 reactivos; sus rangos van de 59 a 144; sus valores, del 1 al 4, corresponden a negativa alta, negativa baja, ninguna y positiva, respectivamente. El valor más alto hace referencia a reacción emocional positiva y el más bajo a reacción emocional negativa alta. Esta escala corresponde a la dimensión afectiva de las competencias funcionales.
6. Valoración neutra de la situación. Integra el cuarto inciso de los 36 reactivos; sus rangos son de 66 y 178 con cinco opciones de respuesta que van desde 1= muy amenazante hasta 5 = nada amenazante. En consecuencia, los valores altos indican una valoración neutra de la situación, en tanto que los valores bajos aluden a una

valoración de la situación como muy amenazante. La escala refiere la dimensión valorativa de las competencias funcionales.

Procedimiento

La aplicación del instrumento fue realizada por un médico, una psicóloga y la investigadora y se completó en un periodo que inició en el mes de agosto de 2001 y concluyó en octubre de 2003. La aplicación se realizó de manera individual y en algunos casos, con grupos pequeños. Los lugares de aplicación fueron consultorios de hospital, principalmente para el grupo de enfermos, salones y cubículos de instituciones educativas, así como oficinas de los centros de trabajo. En todos los casos se respetó el siguiente procedimiento:

- Se explicó brevemente el propósito de la investigación y la importancia del instrumento.
- Se repartieron los cuestionarios y se procedió a dar las instrucciones de manera pausada y con el apoyo de un instrumento como recurso visual.
- Se dio tiempo suficiente para que se completara la resolución de todo el instrumento.
- El responsable estuvo presente todo el tiempo para resolver las dudas que surgieran.

Tipo de análisis

Se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson sobre todas las escalas para observar si existían relaciones entre ellas. El Coeficiente de Correlación Gamma se aplicó para observar las relaciones entre la variable género y todas las escalas. También se realizó un Análisis Múltiple de Covarianza para identificar diferencias entre los grupos de hombres y mujeres en un conjunto de variables, controlando el efecto de otras; así como la influencia de la variable enfermedad (Brace, Kemp y Snelgar, 2003).

4.2. Resultados

La muestra

El grupo completo (N=210) que se formó para llevar a cabo esta investigación estuvo compuesto por 102 hombres (48.6%) y por 108 mujeres (51.4%); la edad de los participantes se ubicó en un rango que iba desde los 16 hasta los 55 años, con una media de

29; 159 de estas personas reportaron estar solteros (75.7%) y 51 casados (24.3%). Como se especificó, algunos reactivos permitieron definir el estado de salud de los participantes, por lo que 96 fueron del grupo de enfermos (45.7%) y 114 de sanos (54.3%). La escolaridad de los sujetos quedó de la siguiente forma: con primaria, 2 personas (1.0%); con secundaria, 11 (5.2%); con bachillerato, 76 (36.2%); con licenciatura, 11 (5.2%); con posgrado, 12 (5.7%); con especialidad, 2 (1.0%). La ocupación de los participantes quedó como sigue: 121 estudiantes (57.6%); 12 amas de casa (5.7%); 17 empleados de gobierno (8.1%); 23 empleados en sector privado (11.0%); 24 profesionistas (11.4%); 3 profesionistas independientes (1.4%); 6 comerciantes (2.9%) y 4 que desarrollaban un oficio (1.9%).

Las escalas

Como se mencionó en la descripción del instrumento, la información total se organizó para dar lugar a las escalas que fueron: baja frecuencia de enfermedad, respuesta de no atención a la enfermedad, éxito, competencia, reacción emocional positiva y valoración neutra de la situación. Estas escalas permitieron llevar a cabo los distintos análisis estadísticos. La Tabla 1 resume los principales valores para cada escala.

TABLA 1. RESUMEN DE LOS ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESCALAS

Escala	Reactivos	Rangos teóricos	Rangos	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis
Éxito	3	3 – 15	5 - 15	10.28	2.27	-.28	-.60
Baja frecuencia de enfermedad	15	15 – 120	54 - 91	78.45	8.38	-.58	-.45
Respuesta de no atención a la enfermedad	15	15 – 120	38 - 62	55.15	5.07	-.86	.07
Competencia	36	36 – 144	63 - 144	121.20	18.31	-.67	-.58
Reacción emocional positiva	36	36 – 144	59 - 144	108.98	22.91	-.09	-1.06
Valoración neutra de la situación	36	66 – 178	66 -178	123.53	24.52	.03	-.54

De acuerdo con la Tabla 1, las medias de las escalas de éxito y baja frecuencia de enfermedad se considera altas; la media de la escala respuesta de no atención a la enfermedad es baja; en tanto que las medias de las escalas competencia, reacción emocional positiva y valoración neutra de la situación se consideran muy altas. En la Tabla 3 se

incluyen los descriptivos para las seis escalas por grupos de género, mismos que serán de utilidad más adelante.

TABLA 2. RESUMEN DE LOS ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESCALAS POR GRUPOS DE GÉNERO

Escala	Media	Mediana	Desviación estándar	Rangos
HOMBRES (N = 102)				
Éxito	10.68	11.00	2.29	5-15
Baja frecuencia de enfermedad	81.33	83.00	7.37	57-91
Respuesta de no atención a la enfermedad	56.14	58.00	4.82	44-62
Competencia	124.00	131.00	18.30	63-44
Reacción emocional positiva	116.12	116.50	21.45	66-144
Valoración neutra de la situación	129.85	126.50	24.54	76-178
MUJERES (N = 108)				
Éxito	9.90	10.00	2.20	6-15
Baja frecuencia de enfermedad	75.73	76.00	8.40	54-91
Respuesta de no atención a la enfermedad	54.21	56.00	5.14	38-62
Competencia	118.57	121.00	18.00	75-144
Reacción emocional positiva	102.23	99.00	22.28	59-142
Valoración neutra de la situación	117.57	115.50	23.06	66-168

Posteriormente se aplicaron pruebas de correlación para observar las interacciones entre las escalas y la variable género. Los resultados que se muestran en la Tabla 3 se obtuvieron mediante la aplicación del Coeficiente de correlación de Pearson para la interacción entre las seis escalas y mediante el Coeficiente de correlación Gamma para la interacción entre las seis escalas y la variable género. La elección de pruebas diferentes obedece a las características de las variables involucradas.

TABLA 3. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN PARA LAS SEIS ESCALAS Y LA VARIABLE GÉNERO

	Género	Éxito	Baja frecuencia de enfermedad	Respuesta de no atención a la enfermedad	Competencia	Reacción emocional positiva
Éxito	-.251**					
Baja frecuencia de enfermedad	-.411**	.519**				
Respuesta de no atención a la enfermedad	-.261**	.399**	.682**			
Competencia	-.195*	.791**	.603**	.529**		
Reacción emocional positiva	-.368**	.409**	.512**	.346**	.439**	
Valoración neutra de la situación	-.297**	.352**	.508**	.350**	.407**	.655**
* Nivel de significancia de .05 ** Nivel de significancia de .01						

Dado que cinco de nuestras hipótesis tienen que ver con género, comentaremos los resultados de las correlaciones entre las seis escalas y esta variable. En la Tabla 3 se puede observar que existen correlaciones moderadas entre género y las escalas de éxito, baja frecuencia de enfermedad, respuesta de no atención a la enfermedad, reacción emocional positiva y valoración neutra de la situación, por lo que las diferencias en las medias de grupo para estas escalas que se observan en la Tabla 2 permiten sugerir que: los hombres son más exitosos que las mujeres; los hombres enferman menos que las mujeres; los hombres prestan menos atención a la enfermedad que las mujeres; los hombres tienen reacciones emocionales más positivas que las mujeres, y que los hombre realizan valoraciones neutras de la situación con mayor frecuencia que las mujeres. La correlación entre la escala de competencia y género es baja pero sugiere que los hombres son más competentes que las mujeres.

Comentaremos el resto de las correlaciones por escala, tal como aparecen en la Tabla 3. Se encontró una correlación alta entre éxito y baja frecuencia de enfermedad, lo que indica que entre más alto sea el éxito alcanzado, la frecuencia de enfermedad es más baja. Las escalas de éxito y de respuesta de no atención a la enfermedad muestran una correlación moderada, es decir, las personas que han alcanzado más éxito muestran menos

conductas de atención a la enfermedad. De acuerdo a la alta correlación encontrada entre las escalas de éxito y competencia se puede sugerir que entre mayor es el nivel de competencia mostrado, más alto es su éxito. Se encontró también una correlación moderada entre las escalas de éxito y de reacción emocional positiva, esto sugiere que cuando existe un elevado grado de éxito, las reacciones emocionales de las personas son más positivas. Asimismo, las personas que han alcanzado éxito realizan valoraciones neutras de las situaciones presentadas, esto se observa en la correlación moderada encontrada entre ambas escalas.

Se encontró una correlación alta entre las escalas de baja frecuencia de enfermedad y de respuesta de no atención a la enfermedad que sugiere que cuando existe baja frecuencia de enfermedad se presenta menor atención a la enfermedad. Las escalas de baja frecuencia de enfermedad y competencia mostraron una correlación alta, es decir, las personas que enfermaron con menor frecuencia fueron más competentes. Se observa una correlación alta entre las escalas de baja frecuencia de enfermedad y reacción emocional positiva, lo cual indica que a menor frecuencia de enfermedad, mayor tendencia a reaccionar emocionalmente de manera positiva. Se observó también una correlación alta entre las escalas de baja frecuencia de enfermedad y valoración neutra de la situación, lo que sugiere que las personas que valoran una situación como no amenazante presentan menos enfermedades.

Las escalas de respuesta de no atención a la enfermedad y competencia mostraron una correlación alta, lo cual indica que cuando las personas tuvieron un alto grado de competencia emitieron un menor número de respuestas de atención a la enfermedad. Se encontró una correlación moderada entre respuesta de no atención a la enfermedad y reacción emocional positiva, misma que sugiere que las personas que reaccionan emocionalmente de manera positiva muestran menor atención a la enfermedad. También se encontró una correlación moderada entre las escalas de valoración neutra de la situación y respuesta de no atención a la enfermedad, esto sugiere que las personas que hacen valoraciones neutras emiten un menor número de conductas de atención a la enfermedad.

La correlación moderada entre competencia y reacción emocional positiva puede indicar que las personas más competentes reaccionan emocionalmente de manera más positiva. Las escalas de competencia y valoración neutra de la situación mostraron una correlación moderada, lo cual sugiere que las personas más competentes realizan valoraciones neutras. Existe también una correlación entre reacción emocional positiva y valoración neutra de la situación, es decir, las personas que valoran una situación como no amenazante reaccionan emocionalmente de forma positiva.

Análisis Múltiple de Covarianza

Con el fin de evaluar las hipótesis planteadas y saber si existen diferencias de género con respecto al grado de competencia presentado y su relación con el estado de salud, se llevó a cabo un análisis múltiple de covarianza, mismo que permite conocer el efecto de las variables independientes sobre el conjunto de las variables dependientes.

Los descriptivos del análisis múltiple de covarianza se presentan en la Tabla 4. Aquí se observa, respecto a la escala de éxito, que los hombres sanos son más exitosos que las mujeres sanas. Los hombres enfermos son más exitosos que las mujeres enfermas; en general los sanos son más exitosos que los enfermos.

En la escala de competencia, los hombres sanos son menos competentes que las mujeres sanas; en cambio, los hombres enfermos fueron más competentes que las mujeres enfermas; en términos totales, hombres y mujeres sanos presentan más competencia que los enfermos.

En la escala de reacción emocional positiva, los resultados indican que los hombres sanos presentaron reacciones emocionales más positivas que las mujeres sanas; en el grupo de enfermos, los hombres reaccionan emocionalmente de forma más positiva que las mujeres; en general, las reacciones emocionales de los sanos son más positivas que las de los enfermos.

TABLA 4. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL ANÁLISIS MÚLTIPLE DE COVARIANZA

	Género	Enf. Crónica	Media	Desviación estándar
Éxito	Masculino	Enfermo	8.81	2.17
		No enfermo	11.75	1.56
		Total	10.68	2.29
	Femenino	Enfermo	8.42	1.56
		No enfermo	11.69	1.38
		Total	9.90	2.20
	Total	Enfermo	8.57	1.82
		No enfermo	11.72	1.48
		Total	10.28	2.27
Baja frecuencia de enfermedad	Masculino	Enfermo	75.24	8.20
		No enfermo	84.80	3.78
		Total	81.33	7.37
	Femenino	Enfermo	71.42	6.99
		No enfermo	80.91	6.93
		Total	75.73	8.40
	Total	Enfermo	72.89	7.67
		No enfermo	83.13	5.68
		Total	78.45	8.38
Respuesta de atención a la enfermedad	Masculino	Enfermo	53.56	5.11
		No enfermo	57.61	3.99
		Total	56.14	4.82
	Femenino	Enfermo	51.74	4.83
		No enfermo	57.18	3.78
		Total	54.21	5.14
	Total	Enfermo	52.44	4.99
		No enfermo	57.42	3.89
		Total	55.15	5.07
Competencia	Masculino	Enfermo	109.72	19.57
		No enfermo	132.12	11.33
		Total	124.00	18.30
	Femenino	Enfermo	105.27	12.88
		No enfermo	134.59	6.54
		Total	118.57	18.00
	Total	Enfermo	106.98	15.85
		No enfermo	133.18	9.61
		Total	121.20	18.31
Reacción emocional positiva	Masculino	Enfermo	100.51	20.38
		No enfermo	125.01	16.47
		Total	116.12	21.75
	Femenino	Enfermo	88.83	14.86
		No enfermo	118.36	18.81
		Total	102.23	22.82
	Total	Enfermo	93.33	18.02
		No enfermo	122.15	17.74
		Total	108.98	22.91
Valoración neutra de la situación	Masculino	Enfermo	118.62	22.14
		No enfermo	136.24	23.67
		Total	129.85	24.54
	Femenino	Enfermo	104.55	16.40
		No enfermo	133.24	20.05
		Total	117.57	23.06
	Total	Enfermo	109.97	19.93
		No enfermo	134.95	22.14
		Total	123.53	24.52

En la escala de valoración neutra de la situación, los hombres sanos realizan valoraciones neutras con mayor frecuencia que las mujeres sanas; los hombres enfermos también realizan valoraciones neutras de la situación más frecuentemente de lo que lo hacen las mujeres enfermas; en general, las personas sanas valoran las situaciones como neutras y las enfermas no lo hacen así.

En la escala de baja frecuencia de enfermedad, los hombres sanos presentan menor frecuencia de enfermedad que las mujeres sanas; de igual modo, los hombres enfermos tienen menor frecuencia de enfermedad que las mujeres enfermas.

En la escala de respuesta de no atención a la enfermedad, la diferencia entre hombres y mujeres es muy ligera pero sugiere que los hombres prestan menos atención a la enfermedad que las mujeres; así mismo, los hombres enfermos responden menos a la enfermedad que las mujeres enfermas; en general, las personas sanas brindan menos atención a la enfermedad que las personas enfermas.

Ahora bien, para observar si los resultados no eran afectados por las diferencias de edad que se presentaron en la muestra, en el análisis múltiple de covarianza se pretendió controlar el efecto de esta variable por lo que fue incluida como covariada y se encontró que no fue estadísticamente significativa, $F(3,206) = 1,154$ $p < .5$ con un eta cuadrado de .033.

La prueba Pillai's Trace permitió observar que las variables género y enfermedad crónica tuvieron un efecto global significativo sobre las seis escalas, es decir, éxito, baja frecuencia de enfermedad, respuesta de no atención a la enfermedad, competencia, reacción emocional positiva, y valoración neutra de la situación. La interacción de las variables género y enfermedad crónica no muestra ningún efecto significativo. El efecto global de la variable género fue $F(3,206) = 4,975$ $p < .001$ con un eta cuadrado de .130, es decir, 13% de la varianza en las escalas está explicado por la variable género. El efecto global de la variable enfermedad crónica fue $F(3,206) = 66,266$ $p < .001$ con un eta cuadrado de .665, es decir, que el 66 % de la varianza es explicado por la variable enfermedad crónica.

TABLA 5. ANÁLISIS MÚLTIPLE DE COVARIANZA

Fuente	Variable dependiente	F	Nivel de significancia
Modelo	Éxito	48.22	.000
	Baja frecuencia de enfermedad	38.53	.000
	Respuesta de no atención a la enfermedad	17.57	.000
	Competencia	56.86	.000
	Reacción emocional positiva	39.55	.000
	Valoración neutra de la situación	22.45	.000
Edad	Éxito	.98	.323
	Baja frecuencia de enfermedad	2.34	.127
	Respuesta de no atención a la enfermedad	.00	.992
	Competencia	2.97	.086
	Reacción emocional positiva	.58	.447
	Valoración neutra de la situación	2.43	.121
Género	Éxito	1.00	.318
	Baja frecuencia de enfermedad	18.69	.000
	Respuesta de no atención a la enfermedad	3.25	.073
	Competencia	.39	.531
	Reacción emocional positiva	14.16	.000
	Valoración neutra de la situación	8.94	.003
Enfermedad crónica	Éxito	172.73	.000
	Baja frecuencia de enfermedad	112.00	.000
	Respuesta de no atención a la enfermedad	53.94	.000
	Competencia	205.74	.000
	Reacción emocional positiva	117.35	.000
	Valoración neutra de la situación	65.21	.000
Género + enfermedad crónica	Éxito	.30	.580
	Baja frecuencia de enfermedad	.06	.801
	Respuesta de no atención a la enfermedad	1.21	.272
	Competencia	2.76	.098
	Reacción emocional positiva	.82	.366
	Valoración neutra de la situación	2.73	.099

De acuerdo con la prueba univariada (Tabla 5), la edad no tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre las escalas; la variable género mostró un efecto significativo sobre tres de seis escalas; mientras que la variable enfermedad crónica tuvo un efecto significativo sobre todas las escalas. Ahora bien, para observar si estas variables guardaban alguna relación se las analizó de manera integrada y se encontró que no tuvieron ningún efecto significativo sobre las seis escalas. A continuación comentamos los efectos encontrados y sus implicaciones.

La variable género tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre tres escalas: baja frecuencia de enfermedad con $F(1,206)= 18,696$ $p<.001$, eta cuadrado de .084; reacción emocional positiva con $F(1,206)= 14,160$ $p<.001$, eta cuadrado de .065, y valoración neutra de la situación con $F(1,206)= 8,942$ $p<.001$, eta cuadrado de .042. Se encontró que los hombres enferman con menos frecuencia que las mujeres y en esta diferencia el género explica el 8%. Los hombres reaccionan de manera positiva y las mujeres son menos positivas, en esta diferencia el género explica el 6%. La valoración que hacen los varones acerca de las situaciones es con mayor frecuencia en términos no amenazantes, no así las mujeres, y en este caso, el 4% de la diferencia lo explica el género.

En cuanto a la variable enfermedad crónica las pruebas univariadas mostraron que posee un efecto importante sobre todas las escalas. En el caso de la escala de éxito se obtuvo $F(1,206)= 172,730$ $p<.001$ con un eta cuadrado de .457, es decir, el grupo de sanos mostró mayor éxito que el grupo de enfermos y esta diferencia está explicada en el 45% por la presencia de enfermedad.

En la escala de baja frecuencia de enfermedad se obtuvo $F(1,206)= 112,005$ $p<.001$ con un eta cuadrado de .353, es decir, el grupo de sanos presenta menor frecuencia de enfermedad que los enfermos y el 35% de esta diferencia lo explica la presencia de enfermedad crónica.

Se encontró también una diferencia que indica que los enfermos presentan más atención a la enfermedad que los sujetos sanos, la enfermedad crónica explica el 20% de la diferencia de acuerdo con $F(1,206) = 53,940$ $p < .001$ con un eta cuadrado de .208.

En la escala de competencia, los resultados indican que los enfermos son menos competentes que los sanos con una $F(1,206) = 205,749$ $p < .001$ con un eta cuadrado de .501 y el 50% de la varianza es atribuible a la presencia de enfermedad crónica.

El grupo de sanos presenta reacciones emocionales positivas en tanto que los enfermos reaccionan emocionalmente de manera negativa, esta diferencia se expresa como $F(1,206) = 117,359$ $p < .001$ con un eta cuadrado de .364 y el 36% de ella puede atribuirse a la presencia de enfermedad crónica. Finalmente, los enfermos realizan valoraciones más amenazantes de las situaciones que los sanos de acuerdo con $F(1,206) = 65,210$ $p < .001$ con un eta cuadrado de .241, es decir, 24% de la varianza está explicada en términos de la enfermedad crónica.

4.3. Análisis de resultados

En primer lugar, el análisis del coeficiente de correlación de Pearson mostró una correlación positiva entre las tres dimensiones de las competencias funcionales, es decir, las acciones, las reacciones emocionales y la valoración de las situaciones, lo cual resulta coherente dado el modelo teórico manejado en donde se conciben las competencias como interacciones complejas. En segundo lugar, en cuanto a las competencias funcionales, las diferencias entre hombres y mujeres, con base en el coeficiente Gamma, se encuentran en lo que respecta a sus dimensiones afectiva y valorativa, en donde las mujeres tienden a reaccionar emocionalmente de manera más negativa que los hombres y a valorar las situaciones de manera más amenazante que ellos; en cuanto a la dimensión efectiva, relativa al hacer, las mujeres presentan una ligera diferencia que sugiere que son menos competentes; sin embargo, la correlación aunque significativa es baja, lo que podría indicar que hombres y mujeres poseen un nivel similar de competencia. De hecho, los hombres aparecen como más competentes si se les valora independientemente de su estado de salud, sólo las mujeres sanas fueron más competentes que los hombres sanos y que los hombres

enfermos. En resumen, las mujeres presentan un nivel de competencia medio, acompañado de reacciones emocionales negativas bajas y de valoraciones regularmente amenazantes de la situación, lo que parece estar relacionado con una frecuencia más elevada de síntomas físicos y, por lo tanto, mayor frecuencia de conductas de atención a la enfermedad.

Finalmente, los porcentajes de varianza explicados muestran que estas diferencias encontradas pueden atribuirse en mayor medida a la presencia de enfermedad crónica y en menor magnitud al género. Dado que la interacción de estas variables no presenta una influencia significativa, al sumar la magnitud de los efectos globales independientes obtenemos un 79% de varianza total explicada, lo que nos permite sugerir que existe una fuerte relación entre las competencias funcionales, en sus tres dimensiones, y las alteraciones de la salud; en tanto que la relación es más débil entre género y enfermedad.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados, se encontraron diferencias significativas en la frecuencia con que hombres y mujeres experimentan enfermedad. Este hallazgo sugiere que el grupo de mujeres es más propenso a enfermarse. El análisis estadístico reveló que en la diferencia con que hombres y mujeres experimentan enfermedad, el 8% de tal diferencia puede atribuirse al género. Parece ser que el género no es una variable determinante para padecer alteraciones de salud y que la probabilidad de contraer enfermedad es prácticamente la misma entre mujeres y hombres.

Respecto a la primera hipótesis donde se estableció que hombres y mujeres presentarían un nivel similar de competencia, los descriptivos estadísticos del análisis múltiple de covarianza muestran que los hombres fueron más competentes que las mujeres; en tanto que la prueba univariada sugiere que la variable género no tuvo un efecto significativo sobre esta varianza.

La segunda hipótesis estableció que las mujeres reaccionarían emocionalmente de manera negativa con mayor frecuencia que los hombres. En este caso, los estadísticos descriptivos muestran que los hombres son más positivos que las mujeres en cuanto a reacciones emocionales; la prueba univariada indica que la variable género tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre la escala de reacción emocional a la enfermedad, sugiriendo que los hombres reaccionan emocionalmente de manera positiva y las mujeres son menos positivas, se encontró que en esta diferencia el género explica el 6%.

Otra de las hipótesis estableció que las mujeres valoran las situaciones como más amenazantes con mayor frecuencia que los hombres. A este respecto, los estadísticos descriptivos mostraron que los hombres realizan valoraciones neutras de las situaciones y las mujeres las valoran como amenazantes y la prueba univariada indicó que el 4% de la varianza es atribuible al género.

Una hipótesis más estableció que las mujeres experimentarían mayor enfermedad que los hombres; los estadísticos descriptivos muestran que los hombres se enferman menos que las mujeres; la prueba univariada permite sugerir que el 8% de la varianza se explica por el género.

Respecto a la última hipótesis relacionada con género, que estableció que las mujeres emitirían un mayor número de conductas de cuidado a la salud y atención oportuna a los síntomas, los estadísticos descriptivos indicaron que las mujeres prestan más atención a la enfermedad que los hombres; en este caso, la prueba univariada no encontró un efecto significativo atribuible al género.

Se encontraron diferencias significativas en las escalas de baja frecuencia de enfermedad, reacción emocional positiva y valoración neutra de la situación que mostraron que las mujeres enferman más, reaccionan emocionalmente de manera más negativa y realizan valoraciones más amenazantes que los hombres; este hecho podemos relacionarlo con algunos de los comentarios al respecto que presentamos en el primer capítulo. Uno de ellos se refiere a la expresión de la emoción, donde se ha observado que los varones expresan principalmente emociones sustentadas en el poder y las mujeres, emociones que se basan en la vulnerabilidad. Se ha llegado a la conclusión de que tal diferencia puede atribuirse a factores culturales (Fischer, 1998). El otro caso alude a la relación género-estrés, donde las diferencias entre hombres y mujeres se encontraron a nivel de reactividad fisiológica y de grado de estrés reportado. En cuanto a la reactividad fisiológica los resultados no han permitido hacer conclusiones; en tanto que para los reportes de estrés, donde las mujeres aparecieron como más vulnerables al mismo, las conclusiones apuntan a que los factores culturales promueven que las mujeres perciban más situaciones de estrés y se sientan más afectadas (Brannon y Feist, 1997).

Como puede verse, las investigaciones apoyan la sugerencia de que los estándares culturales son los que definen el tipo de emoción expresada, así como el tipo y cantidad de situaciones de estrés percibidas, lo que es un elemento que contribuye a definir el efecto del estrés sobre la persona. Ahora nosotros podemos agregar que, dado que en nuestra

investigación los resultados sugirieron una participación del género en 8% sobre la varianza con que hombres y mujeres experimentan enfermedad, es probable que también en este caso los factores culturales sean definitorios ya que generalmente éstos permiten que las mujeres experimenten enfermedad y aparezcan como más vulnerables, en tanto que para los hombres la exigencia es que sean fuertes y que no muestren debilidad, es decir, que enfermen menos. De acuerdo con lo revisado en el capítulo 2, prácticamente todas las investigaciones han encontrado que la salud de las mujeres resulta más afectada que la de los hombres y que en ello la perspectiva de género tiene gran influencia. Desde esta perspectiva se considera que las mujeres han sido condicionadas a sentirse inferiores, secundarias, dóciles y complementarias del hombre creando un ambiente de gran tensión para ellas en el que la génesis de sus propios problemas, enfocados desde la apreciación masculina, le es atribuida a ellas mismas y se les califica de histéricas (Randall, 1989). En tanto que para otros autores, esta misma visión obstaculiza la posibilidad de que las mujeres reciban atención a su salud con un enfoque de género en el que su tratamiento sea distinto al de los hombres, lo cual ha parecido como algo necesario al menos para ciertas condiciones médicas (Dancey, Hutton-Young, Maye y Devins, 2002).

De manera muy vinculada con la baja frecuencia de enfermedad, está la cuestión de la frecuencia con que hombres y mujeres emiten conductas de atención ante ella. En este caso, nuestra investigación no encontró diferencias significativas que pudieran atribuirse al género en la escala de respuesta de no atención a la enfermedad; en cambio, cuando las alteraciones en la salud son frecuentes o crónicas, las personas realizan más acciones frente a ellas, independientemente de su género. Esto aparece como un hecho importante para la prevención. Suponíamos que sólo las mujeres emitirían un mayor número de conductas de atención ante la enfermedad pero nuestros resultados sugieren que no es el género lo que determina la frecuencia de este tipo de acciones, sino el síntoma mismo al integrarse como parte de una enfermedad crónica ya diagnosticada o como uno de muchos y muy frecuentes malestares que la persona padece.

Acerca de la relación entre factores psicológicos y estado de salud, nuestra investigación se enfocó en la interacción competencias funcionales-salud, mediante tres

hipótesis. La primera establece que las personas sanas serían más competentes que las enfermas; en esta escala se encontraron diferencias que colocan a los sanos como más competentes y el 50% de esta varianza es atribuible a la presencia de enfermedad. La siguiente hipótesis sugirió que los sanos muestran reacciones emocionales más positivas que los enfermos; los resultados confirmaron esta sugerencia y permiten atribuir el 36% de esta diferencia a la variable enfermedad crónica. Finalmente, otra hipótesis sostuvo que las personas sanas realizarían valoraciones no amenazantes de las situaciones evaluadas con mayor frecuencia que las personas enfermas; en este caso los resultados apoyan esta hipótesis y se tiene que el 24% de la diferencia puede atribuirse a la presencia de enfermedad crónica.

En resumen, los hallazgos mostraron claras tendencias en el grupo de sanos a más competencia, reacciones emocionales positivas y valoraciones neutras de la situación.

Recordemos que la competencia surge cuando la relación entre el individuo y su ambiente genera consecuencias que hacen efectiva la interacción. Para propósitos de este estudio, las competencias funcionales se analizaron considerando sus tres dimensiones de manera independiente: primero, la de las respuestas o acciones desplegadas por el individuo ante las demandas de la situación, denominado “competencia”; segundo, la afectiva o reacción emocional, denominado “reacción emocional positiva”, y tercero, la valorativa denominada “valoración neutra de la situación”. Cada una de estas dimensiones mostró valores distintos según se tratara del grupo de sanos o del grupo de enfermos. En concreto, se encontraron niveles más altos de competencia, reacciones emocionales preferentemente positivas y valoraciones principalmente poco o nada amenazantes de la situación, como características de este mismo comportamiento, para las personas sanas. Este grupo también reportó altos niveles de éxito.

Cuando el comportamiento de los sujetos, independientemente de su género, alcanzó estos criterios: cumplió con lo que demandaba la situación, refirió motivos que respaldaban sus acciones, el nivel de aptitud funcional correspondió con el demandado por la situación y la interacción era efectiva, se generaban reacciones emocionales que incluyen

la alegría y la satisfacción; estas personas se distinguieron por percibir las situaciones como una ocasión para el desarrollo y la puesta en práctica de sus capacidades. En conjunto, las características que acabamos de describir definen a una persona altamente competente. En nuestro estudio, las personas así resultaron poseer mejores niveles de salud. En alguna forma, este resultado coincide con lo derivado de la teoría del estrés en el sentido de que el afrontamiento enfocado en el problema es más efectivo para conservar el bienestar biológico que el afrontamiento de evitación, con la excepción de que una acción directa sobre el problema podría ser más perjudicial que benéfica si no se tiene cuidado de cómo se aborda el problema (Sandín, 1999). En este punto encontramos una ventaja del modelo que sustenta nuestras hipótesis frente al modelo del estrés: un individuo se considera *competente si y solo si* su comportamiento ante la demanda cumple los cuatro criterios antes mencionados. Algunos de nuestros participantes, por ejemplo, resolvían aparentemente la situación pero sus motivos eran poco concretos y el nivel de aptitud funcional no correspondía con el exigido por la situación. La incompetencia en su dimensión efectiva por lo general correspondía con valoraciones negativas de la situación, con reacciones emocionales negativas y con enfermedad. En este sentido, el Modelo psicológico de la salud biológica permite integrar factores que se estudian, en otras aproximaciones, de manera independiente del comportamiento.

Los diferentes modelos propuestos para explicar la relación entre factores psicológicos y estado de salud se enfocan en alguno de ellos que consideran relevante para esta interacción. Los hay aquellos que enfatizan la influencia de características biológicas, ya sea de tipo genético o en cuanto a la relevancia de las respuestas fisiológicas generadas: el proceso somatopsíquico-psicosomático (Levy, 1985), la teoría de la disregulación (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1996), el síndrome general de adaptación (Selye, 1956), el modelo de predisposición al estrés (Brannon y Feist, 1997), el patrón volar-pelear (Dubovsky, 1985). Otros modelos enfatizan los rasgos de personalidad o características cognitivas: el complejo de rendición (Levy, 1985), el patrón de conservación-alejamiento (Dubovsky, 1985), el modelo de la personalidad resistente, el modelo de trastorno de identidad (Brannon y Feist, 1997). Otros reducen el comportamiento a prácticas concretas de cuidado y o de riesgo hacia la salud. Más recientemente, otros modelos se han propuesto

hacer una integración de todos los factores que consideran involucrados: el modelo psicofisiológico para la salud, la enfermedad y el estrés (Dubovsky, 1985) y la teoría de los trastornos psicofisiológicos como fenómenos multifactoriales (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1996).

Frente a estos modelos, el Modelo Psicológico de la Salud Biológica (MPSB), en el que se fundamentó nuestra investigación, se constituye como una alternativa con evidentes ventajas respecto a sus similares. Es un modelo claro y concreto –relativamente sencillo–, con amplio alcance explicativo ya que sus componentes son fenómenos bien delimitados, lo que da lugar a que los elementos que son enfatizados en otros modelos aparezcan como parte de un mismo proceso o como una resultante, pero lo más sobresaliente es el fundamento teórico que otorga al MPSB congruencia entre los niveles teórico y práctico. Todo ello finalmente redundará en la utilidad para el profesional de la psicología que se desempeña en el ámbito de la salud.

Conviene precisar que el MPSB permite al profesional: (1) considerar la dimensión biomédica sin reducirla a respuestas; (2) analizar la influencia de elementos disposicionales, elementos que no son considerados en algunos modelos y que en otros son contemplados de manera aislada, por ejemplo, al hablar de la emoción y de la posibilidad de que la persona posea una disposición a mostrar determinadas emociones y no otras; con respecto a esto, el MPSB considera las emociones como la dimensión afectiva del comportamiento, lo que resultaría vinculado con otros factores que se pueden rastrear en la historia interactiva del individuo; (3) valorar el efecto de las conductas instrumentales, preventivas y/o de riesgo, junto con aquellos factores con los que el individuo interactúa, lo que puede permitir la elaboración de programas preventivos más eficaces que los que no toman en cuenta dichos elementos. Además, en los casos en que se haya desarrollado alteración en la salud, por patología biológica genuina o por conductas asociadas a enfermedad, se plantea una relación con la *competencia*, misma que en conjunto con las conductas instrumentales participaría del mantenimiento de tales alteraciones. Esta relación entre competencias funcionales y salud es el resultado de un importante proceso que surge en la historia del individuo y que interactúa con otros factores psicológicos al paso del

tiempo, dando lugar a alteraciones en el organismo o no y en donde estas cualidades del organismo también tienen un efecto sobre la historia del individuo y el desarrollo de la competencia; por lo tanto, es imprescindible considerar al ambiente en el análisis de la génesis de alteraciones en la salud.

Otro aspecto importante se refiere a las consideraciones respecto a la utilidad del concepto de competencias funcionales como un constructo nuevo que hace alusión a un fenómeno determinado. Nuestros resultados mostraron variaciones constantes entre los valores de las tres dimensiones de las competencias funcionales. Dichas variaciones reflejan una tendencia positiva, esto quiere decir que el incremento en un valor era acompañado de incrementos en los otros valores, y para el caso de los decrementos sucedía lo mismo. Se puede sugerir, entonces, que existe una evidente relación entre las respuestas desplegadas por el individuo en una situación, la reacción emocional inherente y la valoración que hace de dicha situación, todas ellas dimensiones de un mismo comportamiento y que nos sugiere la necesidad de contemplar estos tres factores como parte de un mismo y único fenómeno. Este estudio también plantea la cuestión de que la competencia se ejerce en distintos niveles cualitativos, los cuales, de acuerdo con nuestros resultados muestran un vínculo muy importante con la calidad del estado de salud; este vínculo se establece de forma directa, es decir: a mayor competencia, mejor estado de salud. En forma muy general, la anterior aseveración nos permite proponer un campo de acción para el psicólogo que se desempeña en el ámbito de la salud. Consiste en evaluar el grado de competencia que poseen los pacientes, especialmente aquellos que presentan conductas asociadas a enfermedad, tradicionalmente denominadas enfermedades psicosomáticas, y promover mayores niveles de competencia. Recordemos que la competencia resulta de la interacción situación-respuesta individual, por lo que parte de la intervención psicológica con estos pacientes se enfocaría en observar el tipo de circunstancias particulares a las que está expuesto y desarrollar la clase de respuestas conductuales que permitirían una interacción efectiva.

Igualmente, hemos puntualizado que el género no es un factor determinante en la mayoría de los casos para contraer enfermedad ni para emitir conductas de atención

oportuna a la enfermedad o para el cuidado de la salud; en cambio, la experiencia y reconocimiento de un síntoma o el diagnóstico de una enfermedad influyen en mayor medida para que la persona califique su estado de salud y para que actúe de manera contundente al respecto. Es importante que los servicios de salud enseñen a la población a reconocer síntomas de manera oportuna así como las actividades pertinentes que se llevarán a cabo con el fin de promover mejores niveles de salud.

Ciertamente, nuestros resultados no se pueden considerar universales o definitivamente concluyentes porque la muestra se considera relativamente pequeña y con criterios específicos de selección. El MPSB está siendo probado empíricamente desde hace poco tiempo y éste es el primer estudio que se propuso hacer una comparación de género respecto a la relación competencia-salud bajo los términos de dicho modelo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, F. (1950). *Medicina psicosomática*. New York: Norton.
- Alexander, F. G. y Selesnick, S. T. (1970). *Historia de la psiquiatría. Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días*. Barcelona: Espaxs.
- Aniorte, N. (2003). *La construcción social de género y su relación con la salud*. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/nicanorap/apun_sociolog_salud_5.htm.
- Ardila, R. (1973). *Psicología fisiológica*. México: Trillas.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson
- Bakal, D. A. (1996). *Psicología y salud*. España: Desclée de Brouwer.
- Beneit M., P. J. (1981). Conductas de salud. En: J. M. Latorre Postigo y P. J. Beneit Medina [Coords.] *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen.
- Bernstein, D. A. Y Netzel, M. T. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill.
- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2003). *SPSS for psychologists. A guide to data analysis using SPSS for Windows*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Brannon, L. & Feist, J. (1997). *Health psychology. An introduction to behavior and health*. USA: Books/Cole Publishing Company.

- Brink, E., Karlson, B. W. & Hallberg, L. R.-M. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: factor influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, health & medicine*. 7, 1, 5-15.
- Calhoun, C. y Solomon, R. C. (1989). *¿Qué es una emoción? Lecturas clásicas de psicología filosófica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cassidy, T. (1999). *Stress, cognition and health*. London: Routledge.
- Castaño, C., Menéndez, C. y Palacios, S. (1996). Ten salud para trabajar. En: C. Castaño y S. Palacios [Eds.]. *Salud, dinero y amor. Cómo viven las mujeres españolas de hoy*. España: Alianza Editorial.
- Claridge, G. (1983). Relaciones psicosomáticas en la enfermedad física. En: H J. Eysenck. *Manual de psicología anormal*. México: El Manual Moderno.
- Coleman, J. C.; Butcher, J. N. y Carson, R. C. (1988). *Psicología de la anormalidad y vida moderna*. México: Trillas.
- Dancey, C. P., Hutton-Young, S. A., Maye, S. & Devins, G. M. (2002). Perceived stigma, illness intrusiveness and quality of life in men and women with irritable bowel syndrome. *Psychology, health & medicine*. 7, 4, 381-395.
- Davison, G. C. y Neale, J. M. (1983). *Psicología de la conducta anormal. Enfoque clínico experimental*. México: Limusa.
- De la Fuente, R. (1959). *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Donker, F. J. S. (1991). Medicina conductual y psicología de la salud. En: G. Buela-Casal y V. E. Caballo [Comps.]. *Manual de psicología clínica aplicada*. España: Siglo Veintiuno.

- Dubovsky, S.L. (1985). The psychophysiology of health, illness, and stress. En: R. C. Simons [Ed.]. *Understanding human behavior in health and illness*. USA: Williams & Wilkins.
- Dunbar, F. (1954). *Emotions and bodily changes*. New York: Columbia University.
- Fischer, A. (1998). Emotion. En: K. Trew & J. Kremer [Eds.]. *Gender and psychology*. London: Arnold.
- Fiske, A.; Kasl-Godley, J. E. & Gatz, M. (1998). Mood disorders in late life. En: A. S. Bellach & M. Hersen [Eds.]. *Comprehensive Clinical Psychology*. Great Britain: Elsevier Science Vol. 7.
- Freud, S. (1981) Autobiografía. En S. Freud. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Hebb, D. O. (1980). *Essay on mind*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Hernández, I. (2004). *Género y salud*. Disponible en <http://www.insp.mx/salvia/963/genero.html>
- Holroyd, K. A.; Appel, M. A. y Andrasik, F. (1987). Un enfoque cognitivo-conductual de los trastornos psicofisiológicos. En: D. Meichenbaum y M.E. Jaremko. *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hyde, J. S. (1995). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- Kendall, P. C. Y Norton-Ford, J. D. (1988). *Psicología clínica*. México: Noriega.
- Kleinmuntz, B. (1974). *Essentials of abnormal psychology*. New York: Harper & Row.

- Köhler, T. (1994). Los trastornos psicósomáticos: clasificación y diagnóstico. En: V. Baumann y M. Perrez [Comps.]. *Manual de psicología clínica*. Barcelona: Herder.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Levy, N. B. (1985). The psychophysiological disorders: an overview. En: R. C. Simons [Ed.]. *Understanding human behavior in health and illness*. USA: Williams & Wilkins.
- Maher, B. A. (1970) *Principios de psicopatología. Un enfoque experimental*. México: McGraw-Hill.
- Mahoney, M. J. (1977). Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas y constructivistas. En: M. J. Mahoney [Ed.]. *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: teoría, investigación y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Martin, B. (1976). *Psicología anormal*. México: El Manual Moderno.
- Marx, M. H. y Hillix, W. A. (1985). *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos*. México: Paidós.
- Massana R., J. (1983) Ventajas del enfoque depresivo. En: M. Valdés, T. Flores, A. Tobeña y J. Massana. *Medicina psicósomática. Bases psicológicas y fisiológicas*. México: Trillas.
- Mayer, R. E. (1981). *El futuro de la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- McManus, I. C. (1992). *Psychology in medicine*. London: Butterworth-Heinemann Ltd.

- Nathan, P. E. y Harris, S. L. (1983). *Psicopatología y sociedad*. México: Trillas.
- Omar, A. G. (1995). *Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Argentina: Lumen.
- Orme, J. E. (1971). *Psychology in medicine*. London: Bailliere Tindal.
- Paludi, M. A. (1998) *The psychology of women*. USA: Prentice Hall.
- Pervin, L. A. (1998). *La ciencia de la personalidad*. España: McGraw-Hill.
- Piña, J. A.; Obregón, F.; Corral, V. y Márquez, I. (1996). ¿Constituye la medicina conductual una alternativa multidisciplinaria de la Psicología para el campo de la salud? En: J. J. Sánchez, C. Carpio y E. Díaz González [Comps.]. *Aplicaciones del conocimiento psicológico*. México: Facultad de Psicología, Enep-Iztacala y Dirección General de Asuntos de Personal Académico de la UNAM, y sociedad Mexicana de Psicología, A.C.
- Piret, R. (1968). *Psicología diferencial de los sexos*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Randall, M. [Selección y prólogo] (1989). *Las mujeres*. México: Siglo Veintiuno.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rodríguez, M. L. (2003). Construcción de un instrumento para evaluar competencias en situaciones no vinculadas con estrés. *Psicología y salud*. 13, 2, 175-185.

- Rodríguez, M. L. (2004). *Psicología y enfermedad: una aproximación a través del modelo psicológico de la salud biológica*. Tesis doctoral en Investigación Psicológica. Universidad Iberoamericana
- Rodríguez, G. y Rojas, M. E. [Coords.] (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Salkind, N. J. (1998). *Métodos de investigación*. México, Pearson Educación.
- Sandín, B. (1999). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En: J. Buendía. *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Sandín, B.; Chorot, P.; Santed, M. A. y Jiménez, M. P. (1995). Trastornos psicósomáticos. En: A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos [Comps.]. *Manual de psicopatología*. España: McGraw-Hill.
- Sarafino, E. P. (1998). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. USA : John Wiley & Sons, INC.
- Saslow, G. & Matarazzo, J. D. (1996). Psychosomatic phenomena. En: I. A. Berg & L. A. Pennington. *An introduction to clinical psychology*. New York: The Ronald Press Company .
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sheridan, C. L. & Radmacher, S. A. (1992). *Health psychology. Challenging the biomedical model*. USA: John Wiley & Sons, INC.
- Taylor, S. E. (1999). *Health psychology*. Boston: McGraw Hill.

Tobeña P., A. (1983). Ansiedad y trastornos psicofisiológicos. En: M. Valdés, T. Flores, A. Tobeña y J. Massana. *Medicina psicosomática. Bases psicológicas y fisiológicas*. México: Trillas.

Valentine, E. R. (1992). *Conceptual issues in psychology*. London: Routledge.

Van Wersch, A. (1986). Health and illness. En K. Trew & J. Kremer [Eds.]. *Gender and psychology*. London: Arnold.

Wallon, H. (1975). *Los orígenes del carácter en el niño*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Witkin-Lanoil, G. (1985). *El estrés de la mujer. Cómo reconocerlo y superarlo*. Barcelona: Grijalbo.

ANEXO

INSTRUMENTO PARA EVALUAR COMPETENCIAS

Este instrumento ayuda a investigar el modo en el que las personas enfrentan cierto tipo de situaciones. Las situaciones que se describen pueden no ser exactamente como otras situaciones que usted vive o ha vivido, sin embargo pueden resultar parecidas o familiares. Le solicitamos que responda considerando cómo se comporta o comportaría ante tales situaciones.

En la primera página se le piden algunos datos solamente para construir una base de datos. Después de esto hay 3 preguntas relativas a su estado de salud, se dan también instrucciones para que responda. Finalmente se presenta una tercera parte en donde se describen 36 posibles situaciones y enseguida se hacen varias preguntas al respecto. Le solicitamos que responda de la manera más verídica posible de acuerdo a lo que usted crea que describe mejor su manera de ser. No hay respuestas correctas ni incorrectas, así como tampoco se obtienen puntajes. El propósito de esto es ayudar a fomentar investigaciones posteriores con respecto a problemas de salud, por ello la información usted pueda proporcionarnos es de una gran utilidad. Sus datos se mantendrán en la confidencialidad más absoluta. Le vamos a pedir que lea cuidadosamente cada pregunta antes de responderla y si tiene cualquier duda pregúntela por favor.

Edad: _____ Estado Civil: (Soltero) (Casado) (Viudo) (Divorciado)
 Género: (Masculino) (Femenino)
 Máximo Nivel de Estudios: (Primaria) (Secundaria) (Bachillerato o carrera técnica)
 (Licenciatura) (Posgrado) (Especialidad)
 Ocupación: _____

PARTE 1

En las siguientes preguntas conteste en una escala del 1 al 5, considerando que el uno es la medida mínima y el 5 la máxima, es decir, 1 equivale a ninguno o nada y 5 a total o totalmente.

1. ¿Qué grado de éxito considera que tiene en las actividades que le ocupan cotidianamente (trabajo fuera de casa, trabajo en casa, estudios)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Qué tanto ha alcanzado sus metas?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿A nivel personal, cómo calificaría sus logros?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

PARTE 2

En la siguiente pregunta puede contestar tachando las opciones que considere necesarias. Si se enferma de distintas cosas, márkelas con una cruz. Solamente le vamos a pedir que lo que conteste en esta pregunta que sigue (1) corresponda con sus respuestas a las preguntas 2 y 3; por ejemplo, si en la pregunta 1 responde que de gastrointestinales y respiratorias, es importante que solamente conteste en las preguntas 2 y 3 con qué frecuencia se enferma de gastrointestinales y respiratorias y qué hace cuando le ocurren estas enfermedades.

1. Cuando se enferma sus enfermedades son:

- a) De la piel: como neurodermatitis
 b) Respiratorias: asma, gripes, garganta
 c) Cardiovasculares: taquicardia, hipertensión, migrañas
 d) Gastrointestinales: colitis, colitis ulcerosa, gastritis, estreñimiento, agruras
 e) Perturbaciones menstruales
 f) Órganos sensoriales: ojos, oídos, nariz
 g) Músculo-esqueléticas: dolores de espalda, calambres, dolores musculares, de cabeza
 h) Otras: _____

En las siguientes ocho preguntas, marque con una cruz el número que más se asemeje a lo que le ocurre. Las opciones de respuesta son las siguientes:

1. una o más veces por semana 2. una vez por quincena 3. una vez al mes
 4. una vez cada dos o tres meses 5. una vez cada 4 ó 6 meses
 6. una o dos veces al año 7. menos de una vez por año

2. Con qué frecuencia se enferma (aproximadamente)

a) De la piel: como neurodermatitis

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

b) Respiratorias: asma, gripes, garganta

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

c) Cardiovasculares: taquicardia, hipertensión, migrañas

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

d) Gastrointestinales: colitis, colitis ulcerosa, gastritis, estreñimiento, agruras

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

e) Perturbaciones menstruales

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

f) Órganos sensoriales: ojos, oídos, nariz

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

g) Músculo-esqueléticas: dolores de espalda, calambres, dolores musculares, de cabeza

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

h) Otras

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

g) Para enfermedades de sistema músculo-esquelético: dolores de espalda, calambres, dolores musculares, de cabeza

(SIEMPRE) (CASI SIEMPRE) (A VECES) (CASI NUNCA) (NUNCA)

h) Para otras enfermedades

(SIEMPRE) (CASI SIEMPRE) (A VECES) (CASI NUNCA) (NUNCA)

6. ¿En el último año ha estado hospitalizado?

(más de 4 veces) (cuatro veces) (tres veces) (dos veces) (una vez) (no)

7. ¿Padece molestias o malestares?

(NUNCA) (CASI NUNCA) (A VECES) (CASI SIEMPRE) (SIEMPRE)

PARTE 3

A partir de aquí se describen distintas situaciones. Nos interesa mucho saber cómo responde o respondería a cada una de ellas. Le pedimos que conteste cada pregunta con la mayor honestidad posible. Cada pregunta tiene 4 incisos. En los tres primeros (a, b y c) trate de ser conciso en sus respuestas. El inciso d) le presenta 6 opciones de respuesta, solamente responda una de estas opciones. Muchas Gracias.

1. En su trabajo está tomando un curso de actualización. Los ponen a leer un texto acerca de un área de conocimientos que usted no domina y a hacer un resumen. Esta actividad se evalúa y la aprobación del curso es importante para su trabajo. Usted:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

2. En su trabajo, como parte de su responsabilidad, tiene que lograr un acuerdo importante con una persona; esta persona siempre está muy ocupada y cuesta mucho trabajo concertar una cita. Usted:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

3. En su trabajo, para que usted cumpla con un compromiso ineludible que tiene antes de su hora de salida, debe dejar todo terminado antes de salir. Dejar su trabajo terminado es algo fundamental. Usted:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

4. Sus jefes le han estado pidiendo que haga una propuesta para mejorar algunos aspectos en el trabajo, eso es parte de sus funciones; sin embargo, usted ya ha entregado dos propuestas que no los satisfacen. La aprobación de sus jefes es muy importante para su trabajo. Usted:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

5. En su trabajo le encargan que lleve a cabo una exposición de las funciones que usted desempeña. Le piden que la presentación sea formal y con materiales de apoyo creativos. Esta presentación es muy importante para usted y para su institución. Usted:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

6. En su trabajo, por razones económicas, hubo recorte de personal. Usted coordinaba las actividades de un grupo numeroso y ahora con la mitad de gente debe sacar el mismo trabajo. Usted:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

7. La puerta principal de su casa está atorada y no cierra. Debe dejarla cerrada. Usted:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

8. En su casa usted debe arreglar un uniforme que se rasgó y no parece fácil de arreglar:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

9. En su casa debe encargarse de que un muro quede impecable antes de ponerle un material de protección. El muro está muy sucio. Hacer esta actividad bien es de suma importancia para usted:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

10. Usted está ampliando su casa, no tiene asesoría profesional, hay cosas que el albañil no sabe cómo hacer y le pide instrucciones a usted para seguir trabajando. Usted debe dárselas:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

11. Usted tiene que presentar un informe de ingresos y gastos de su hogar. Las cuentas no le salen.

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

12. Su pareja le da a guardar un documento importante. Tiempo después usted debe darle el documento pero no recuerda dónde lo guardó:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

13. Usted tiene que filmar unas escenas con una videocámara. La filmación es muy importante para usted y su familia. Ya lo ha hecho antes, sin embargo ahora no recuerda muy bien cómo hacerlo y no le está resultando:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

14. Usted es parte de un equipo deportivo con el cual tiene un compromiso importante. Ahora tiene que participar en un entrenamiento deportivo pero el entrenamiento es muy pesado y le está costando trabajo:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

15. Usted tiene que hacer un trámite legal muy importante y el plazo para hacerlo está próximo a vencer. Para hacer el trámite hay que conseguir previamente un conjunto de documentos en distintas oficinas, en horarios rígidos. Usted:

a) ¿Qué hace o haría?

b) ¿Por qué decidiría hacer eso?

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo?

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

16. Usted tiene que conseguir información acerca de un médico extranjero que es el especialista que usted necesita. Ponerse en contacto con él le resulta fundamental, aunque no tiene más que su nombre y país de residencia:

a) ¿Qué hace o haría?

b) ¿Por qué decidiría hacer eso?

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo?

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

17. Por cuestiones de salud muy importantes, usted tiene 2 meses para bajar de peso. Usted antes bajaba con cierta facilidad, pero ahora lleva 10 días intentando bajar y no lo logra:

a) ¿Qué hace o haría?

b) ¿Por qué decidiría hacer eso?

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo?

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

18. Por razones de salud muy importantes, usted debe dejar de fumar inmediatamente. Usted fuma mucho y en otras ocasiones que ha intentado dejar de fumar, no ha podido:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

20. En su trabajo renuevan las oficinas y le cambian todo el equipo (computadoras, impresoras, calculadoras, aparatos de fax) con el que había trabajado siempre. Este equipo es mucho más sofisticado y muy delicado en su manejo. Usted no puede prescindir de estos aparatos para trabajar. Su jefe le indica que es muy importante seguir las instrucciones del manual para poder usarlos:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

21. En su trabajo, su nuevo jefe le pide los trabajos escritos de una manera muy diferente de cómo se lo pedía el jefe anterior. La opinión de este nuevo jefe es muy importante para conservar su trabajo:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

22. En su trabajo, como parte de una nueva función, usted tiene que manejar tarjetas bancarias, nunca antes lo había hecho:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

23. Usted tiene por primera vez un puesto ejecutivo. Este ascenso es muy importante para usted. Ahora tiene que dar instrucciones y órdenes al grupo de empleados a su cargo, que antes eran sus compañeros. Usted nunca antes les había dado alguna orden:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

24. En su trabajo, por primera vez tiene que capacitar a un empleado. Esta actividad es muy importante para usted y para su institución:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

25. Usted es una persona muy activa y muy sana; sin embargo, se cae y se lesiona una pierna, ahora tiene que guardar reposo absoluto durante quince días porque es la única manera de sanar y no tener problemas posteriores:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

26. Usted tiene que hacer un pago importante de su casa que se vence al día siguiente. Esta vez lo tiene que hacer vía computadora, esto es algo que nunca ha hecho:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

27. Usted tiene que encargarse temporalmente de atender hogar e hijos, no hay nadie que lo pueda ayudar y es algo que nunca antes ha hecho:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

28. En un rancho de un familiar usted se ve en la necesidad de transportarse. La única manera de hacerlo es a caballo. Nunca antes ha montado a caballo:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

29. Usted tiene que inyectar a un miembro de su familia. Ponerle la inyección es urgente y no hay nadie más que pueda hacerlo. Usted sabe la teoría, pero nunca antes lo ha hecho:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

30. Usted nunca ha cuidado a un enfermo, ahora tiene que cuidar a uno de sus padres mientras está en un hospital:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

31. Usted tiene que conseguir transporte para 10 personas a una ciudad cercana. Esto es muy importante para usted y para este grupo de personas. Nunca antes le había tocado hacer algo así:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

32. Usted tiene que cambiar una llanta y es algo que nunca ha hecho:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

33. Usted tiene que conseguir algo muy importante en otra ciudad y debe manejar en carretera. Eso es algo que no ha hecho antes, solamente maneja en la ciudad:

a) ¿Qué hace o haría? _____

b) ¿Por qué decidiría hacer eso? _____

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo? _____

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

34. Usted y su mejor amigo (a) están de paseo. Surge un imprevisto y su amigo (a) tiene que salir corriendo a arreglar un asunto importante, no puede llevarse a su bebé y se lo encarga por unas horas mientras arregla el problema. Usted nunca ha cuidado a ningún bebé. Reacciona:

a) ¿Qué hace o haría?

b) ¿Por qué decidiría hacer eso?

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo?

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

35. Usted tiene un grupo numeroso de amigos con los que se reúne de vez en cuando en restaurantes. Estas reuniones son muy importantes para usted. Todos acuerdan reunirse ahora en las distintas casas. La primera es la suya. Usted no acostumbra recibir visitas y ahora le toca atenderlos:

a) ¿Qué hace o haría?

b) ¿Por qué decidiría hacer eso?

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo?

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante

36. Usted debe llegar a su casa a cierta hora. Sale con un amigo que pasa por usted en su coche y se compromete a regresarlo a su casa a tiempo. El amigo se le desaparece a la hora en la que ya debe regresar. Usted no se había quedado sin transporte a esas horas:

a) ¿Qué hace o haría?

b) ¿Por qué decidiría hacer eso?

c) ¿Cómo se siente o se sentiría al hacerlo?

d) ¿Cómo ve la situación?

a) muy amenazante

b) regularmente amenazante

c) poco amenazante

d) regularmente amenazante

e) nada amenazante