

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**CAMPUS IZTACALA**

**PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A Y SU RELACIÓN  
CON EL ESTRÉS Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO  
EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A**

**HECTOR VÁZQUEZ SANDOVAL**

**ASESOR: MTRA. ROCIO TRON ÁLVAREZ**

**DICIEMBRE DEL 2004**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Al escribir la dedicatoria de este trabajo vienen a mi mente todas las personas que de una u otra forma se han relacionado conmigo:

Primero a Dios

A mis padres Salvador Vázquez (qpd) y Ma. de Jesús Sandoval que con su ejemplo de esfuerzo, trabajado y voluntad me ha servido de guía en la vida.

A mis hermanos Salvador, Elizabeth, Mario y Jorge.

A mi cuñado Gerardo, a mis cuñadas Rosarios y Angélica.

A mis sobrinos Verónica, Ana, Rosario, Jazmín, Itzél, Diana, Héctor Julio, Luis Salvador y Ma. Fernanda.

A mi hijo Mauricio, espero que algún día lo lea.

A mis tías Lilia, Dominga, Ofelia, Manuela, Claudia, mi tío Brígido.

A todos mis primos.

A mi querida e inseparable compañera Aurora, por su apoyo, compañía y estímulo a salir adelante.

A todos mis amigos, por brindarme siempre su ayuda incondicional.

A la universidad y a todos mis maestros, especialmente a la Mtra. Rocío Tron por su dedicación, guía y paciencia, y por darme la oportunidad de conocerme más a mí mismo.

# ÍNDICE

Resumen	
Introducción .....	6
<b>CAPÍTULO I. PSICOLOGÍA Y SALUD</b>	
1.1 Salud y enfermedad .....	11
1.2. Medicina Conductual .....	15
1.3 Psicología de la Salud .....	21
<b>CAPÍTULO II. PSICOLOGÍA Y ESTRÉS</b>	
2.1 Antecedentes y desarrollo .....	30
2.2 La curva del estrés .....	35
2.3 Respuestas fisiológicas del estrés.....	41
2.4 Enfermedades por estrés .....	46
2.5 Factores desencadenantes del estrés .....	51
<b>CAPÍTULO III. AFRONTAMIENTO Y DESARROLLO</b>	
3.1 Antecedentes de afrontamiento.....	57
3.2 Estilos y estrategias de afrontamiento .....	62
3.3 Prácticas de crianza.....	67
3.4 Afrontamiento en Adolescentes.....	70
<b>CAPÍTULO IV. PATRÓN CONDUCTUAL TIPO “A”</b>	
4.1 Antecedentes.....	77
4.2 Factores Fisiológicos.....	83
4.3 Factores Sociales.....	86
4.4 Estrés y patrones de conducta tipo “A” .....	89
4.5 Patrón de Conducta tipo “A” en Adolescentes.....	92

## **CAPÍTULO V. REPORTE DE INVESTIGACIÓN**

5.1 Objetivos.....	96
5.2 Metodología.....	96
5.3 Procedimiento.....	97
5.4 Análisis de resultados .....	98
Conclusiones .....	106
Referencias .....	108
Anexos .....	117

## RESUMEN

La investigación se realizó en torno a la adolescencia, es en esta etapa de desarrollo y de múltiples adaptaciones a diferentes ámbitos (escolar, familiar, social, afectivo, estilo de vida, autoimagen, entre otros), donde el estilo dinámico de vida del adolescente hace que se enfrente a situaciones que le parecerán incómodas o molestas, el no contar con estrategias adecuadas de afrontamiento para la solución de problemas contribuye a que aumente el nivel de estrés. Entre las características más sobresalientes del PCTA, son ciertas conductas que se manifiestan en algunos adolescentes como es el hablar rápido y explosivo, caminar, comer o beber rápidamente, sentir la mayoría de situaciones como reto o competencia, ser impacientes ante situaciones de tiempo, entre otras; puede representar un factor de riesgo en problemas del corazón. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo de investigación es determinar si existen indicadores de posible manifestación del PCTA y si hay relación con el nivel de estrés que presentan, así como con las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes de secundaria.

La investigación se realizó con una muestra de 248 alumnos de secundaria de 12 a 16 años (hombres y mujeres), se les aplicaron cuatro instrumentos de evaluación: el cuestionario de Orientación de Afrontamiento en Adolescentes ante Experiencias Problemáticas (A-COPE) (Peterson & Mc Cubbin), otro fue el Inventario de Eventos Microestrés (Ham & Larson) y dos de Patrón de Conducta Tipo "A" (PCTA) en adolescentes (Wresniewsky PCTA-W & Ávila PCTA-A).

Los resultados indican con respecto al PCTA, que los adolescentes en general se encuentran en un puntaje medio, en promedio las mujeres obtienen puntajes más altos que los hombres y en las edades no se encontraron diferencias significativas. En relación al estrés, se encontró que todos los adolescentes están arriba del promedio del puntaje medio del inventario, las mujeres están más estresadas que los hombres, los que presentan mayor estrés son los de doce años y menor estrés los de dieciséis; en afrontamiento los adolescentes en promedio se encuentran por abajo del puntaje medio, las mujeres muestran mayores estrategias que los hombres, es decir están ligeramente arriba en los porcentajes respecto a los hombres. Así también los adolescentes de doce años presentan mayores estrategias de afrontamiento, mientras que en los de catorce son menores. Cabe mencionar que la detección precoz de estos comportamientos ayudaría en gran medida a los programas terapéuticos, considerando que los comportamientos son más fáciles de reeducar en la infancia y adolescencia, que en periodos posteriores de la vida.

Finalmente los resultados muestran que existe una relación débil entre el patrón de conducta tipo "A", el estrés y las estrategias de afrontamiento así como no existe correlación entre estrés y afrontamiento.

## INTRODUCCIÓN

Las personas en la actualidad han sido testigos de la evolución en los medios de comunicación (periódicos, radio, televisión), del avance en bs medios de transporte (automóviles, motocicletas, aviones, jets), nacimiento y desarrollo de las computadoras, teléfonos celulares, naves espaciales, viajes a la luna, bebés de probeta (fertilización invitro), la clonación y el descubrimiento del mapa humano (genoma), así como avances en todos los campos de la ciencia, todo ese ritmo vertiginoso de descubrimientos repercute en la vida cotidiana y hace que enfrentemos aceleradamente la misma.

Todos los años de experiencia humana sobre la tierra, no han preparado al hombre físicamente para el cambio tan acelerado que experimenta en nuestra sociedad contemporánea. Los seres humanos del siglo XXI tendrán que mantener aún más el equilibrio fisiológico por los cambios tecnológicos y culturales venideros. En nuestra sociedad actual la vida cambia tan radicalmente en una sola generación, que ha pasado de ser una sociedad dirigida por los mayores o ancianos a una "cultura del más joven", donde la flexibilidad y la adaptación son esenciales para mantenerse competitivos, para sobrevivir en la sociedad las personas requieren una mayor capacidad de adaptabilidad que nunca en la historia, para estar en los niveles competitivos la gente adopta estilos de vida dinámicos.

Sustentar la investigación en el entorno juvenil es importante, si se considera que las manifestaciones de los trastornos cardiovasculares se inician en época temprana de la vida, pudiendo estar claramente definida durante la adolescencia, ésta es la etapa donde se desarrollan múltiples adaptaciones en diferentes ámbitos como es el escolar, familiar, social, afectivo, estilo de vida, autoimagen, entre otras; donde el estilo dinámico de vida del adolescente hace que se enfrente a situaciones que le parecerán incómodas o molestas, el no

contar con estrategias adecuadas de afrontamiento para la solución de problemas contribuye a que aumente el nivel de estrés; aunado a ciertas conductas que se manifiestan en algunos adolescentes como es el hablar rápido y explosivo, caminar, comer o beber rápidamente, sentir la mayoría de situaciones como reto o competencia, ser impacientes ante situaciones de tiempo, entre otras, puede representar un factor de riesgo en problemas del corazón.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo de investigación es determinar si existen indicadores de posible manifestación del PCTA en adolescentes y si hay relación con el nivel de estrés que presentan, así como con las estrategias de afrontamiento que utilizan los de secundaria.

Cabe mencionar que la detección precoz e intervención temprana en diversos problemas de comportamiento o enfermedades que presentan los individuos, pueden facilitarse debido a los programas terapéuticos y así obtener un alto porcentaje de recuperación, de ahí la importancia de investigar este tema, la oportuna intervención es tan indispensable para el ser humano como es la salud. Para detectar y entender algunos factores de riesgo en el adulto es necesario estudiar la adolescencia, considerando que los comportamientos son más fáciles de reeducar en la infancia y adolescencia, que en periodos posteriores de la vida.

En el capítulo I se plantean los elementos necesarios para conocer y entender la relación entre salud y enfermedad, así mismo las diferentes formas en como se han abordado; la diferencia entre psicología de la salud y medicina conductual, donde se hace mención como la psicología ha contribuido en el campo de la salud y la técnica aplicada al comportamiento de pacientes llamada medicina conductual, además se resalta la importancia de una intervención multidisciplinaria en la salud.



El capítulo II hace mención de los antecedentes históricos del estrés y de la percepción que el sujeto tiene de dicha situación y los efectos que tiene en los ejes emocional, biológico, psicológico y conductual; además de distinguir adecuadamente que cada ser humano tiene un umbral de estrés diferente, en un nivel medio el estrés es capaz de provocar un mejoramiento de la salud, si el estrés sigue aumentando, la salud y el rendimiento empeoran, la curva de estrés varía de un individuo a otro. En todos se alcanza un punto en el cual el estrés ya no actúa en forma positiva, con un efecto estimulante, sino perjudicial para la salud, por eso en el capítulo se exponen dos tipos de estrés: uno es el llamado eustrés (estrés positivo) y otro es el conocido como distrés (estrés negativo). Así mismo señalan que ciertas situaciones son estresantes para algunos individuos y para otros no lo son, los efectos del estrés se manifiestan en las respuestas fisiológicas y enfermedades que son consecuencia del sobre-estrés, estas respuestas del organismo pueden manifestarse de muy diversas maneras, pueden ser en forma primaria y directa (enfermedades), otras pueden ser indirectas y constituir efectos secundarios (estilo de vida) o terciarios (como te percibe la gente); es decir las enfermedades son el resultado del estrés, y en otras ocasiones se relacionan de forma indirecta con la misma.

El capítulo III contiene los puntos de vista que resaltan la importancia de entender el afrontamiento como un proceso dinámico y no como un rasgo de la personalidad del individuo, distinguiendo entre estrategias de afrontamiento y estilos de afrontamiento, también se señala que el afrontamiento sobrepasa con mucho la mera adaptación fisiológica pues implica además aspectos cognitivos, emocionales y una valoración de la situación. En la forma de afrontar los acontecimientos y conflictos internos y externos se encuentra el papel fundamental de la familia, que es el primer contexto de socialización del ser humano, ésta se mantendrá a lo largo del ciclo vital y se irá entrelazando con otros entornos diferentes, como la escuela y los amigos, entre otros. Es en el marco familiar donde se establecen las primeras interrelaciones, los primeros cambios

comunicativos y el estilo de crianza donde el niño interiorizará las normas del comportamiento del entorno social.

Otro aspecto importante es el tipo de afrontamiento del adolescente y la manera en como el contexto sociocultural en que se desenvuelve influye en su desarrollo y en los diferentes roles del joven, asimismo, estos factores modifican el proceso de las estrategias de afrontamiento; la forma de enfrentar los problemas en los adolescentes que van adquiriendo a partir de ciertos procesos de valoración de situaciones estresantes cotidianas que se dan, por lo general en la familia o en la escuela y son aplicadas en todo su entorno social.

En el capítulo IV se señala la presencia de una serie de conductas relacionadas con el estilo de vida y con el tipo de respuestas que se presentan, es ahí en las respuestas donde se manifiestan diferentes formas de comportamiento que también son llamados patrones de conducta. Un patrón de conducta es un modelo que integra rasgos psicológicos de personalidad, creencias, actitudes, conductas y una determinada activación fisiológica. En la actualidad se han definido diferentes patrones de conducta, que a su vez se relacionan con varios trastornos de salud como son los tipos "A", "B", y "C" y el tipo "D".

El patrón de conducta tipo "D" se refiere a la personalidad de distrés. El tipo "C" se encuentra en individuos obsesivos, introvertidos, que interiorizan su respuesta al estrés. En el tipo "B" encontramos sujetos relajados y abiertos a las emociones, tanto positivas como negativas, hay una mayor adaptación en los mecanismos de respuesta al estrés. En la conducta tipo "A" se encuentra en sujetos con habla explosiva y acelerada, ritmo de vida acelerada, gran impaciencia ante la lentitud, excesiva competitividad incluso en situaciones no competitivas y una hostilidad permanente hacia casi todo, y se relaciona directamente con enfermedades del corazón, esta última es la que será analizada en la presente investigación.

También es importante mencionar que la respuesta autonómica al estrés está tan relacionada con padecer enfermedades cardiovasculares, que es válido pensar que el medio social y el estrés al interactuar representan un papel de importancia para el desarrollo del patrón conductual tipo "A", asimismo se puede deducir que este patrón conductual se origina en la infancia donde los factores culturales y sociales juegan un papel importante como antecedentes, no se sabe con exactitud cuándo o cómo las conductas tipo "A" inician y comienzan a ejercer su influencia patológica, aunque el origen de la enfermedad coronaria se sabe aparentemente empieza en la primera o segunda década de la vida, es decir en el periodo de la adolescencia.

La mayoría de las investigaciones que se han realizado con respecto al patrón de conducta tipo "A" han sido con población de niños o adultos y en diferentes escenarios, sin embargo, en pocas se ha investigado las formas en cómo se relacionan las características de estrés y de afrontamiento con el patrón de conducta tipo "A" en los adolescentes.

# CAPÍTULO I

## PSICOLOGÍA Y SALUD

### 1.1 SALUD Y ENFERMEDAD

Al hablar de salud y enfermedad se piensa históricamente en un área que ha sido tradicionalmente del dominio de los médicos, la relación salud-enfermedad es tan vieja como la vida, y en su intento por comprenderla han surgido diferentes explicaciones, así el concepto de salud-enfermedad ha transcurrido desde la interpretación mágica, astrológica, el equilibrio de fuerzas divinas hasta la posesión por los demonios, estas interpretaciones de salud que practicaban los primeros curanderos o brujos consistía en alejar a los malos espíritus, estos poseían el conocimiento y dicho saber era transmitido sólo a unos cuantos y esto fortalecía la casta de los curanderos o brujos.

El saber médico se convirtió en propiedad de la iglesia, al menos desde el siglo I hasta el XV, época del oscurantismo que conservaba vigente el modelo demoníaco, en esta época los enfermos eran señalados y alejados de la sociedad, el caso típico de la época lo constituían los leprosos. En el siglo XVI la medicina inicia cierta formalidad en su etapa precientífica a través de trabajos de personalidades como Harvey que describe la circulación sanguínea, las descripciones anatómicas de Vesalius (siglo XVII) y otros, entre los que se puede citar a Leonardo da Vinci, de esta forma progresiva la medicina va adquiriendo sustento (Rosenman & Chesney, 1980).

Durante el siglo XIX la medicina y sus practicantes adquieren la connotación de científicos, en tanto que sus conocimientos y su práctica se sustentan en una serie de fundamentos tanto teóricos como metodológicos que les permite su accionar sistemático, tornándose así como el eje de la salud, desde el

punto de vista fisiológico salud existe cuando se presenta una armonía y equilibrio funcional y cuando éste se rompe, se produce la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud en la década de los 70's, define a la salud como el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. En los 80's la OMS le agrega a esta definición que gozar del nivel más alto de salud posible constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política y condición económica o social.

Y en el 2000, la Organización Mundial de la Salud, establece de conformidad con la carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
- Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Rosenman & Chesney (1981), mencionan un concepto que se refiere a la salud no como la ausencia de enfermedad, sino como un proceso dinámico de adaptación a los cambios del ambiente (biológicos, psicológicos y sociales), este

proceso tiene la característica de ser multicausal y supone además la unión indisoluble entre salud y enfermedad, considerando al ser humano como un ente pensante que evalúa y actúa para afrontar las demandas percibidas, ya sean internas o externas.

En la clínica el concepto de salud que se emplea es la ausencia de enfermedad. La salud así entendida debe de mantener cierto equilibrio de los organismos con el ambiente (modelo interaccionista), además de determinadas condiciones ambientales que deben de ser exigidas para hablar de salud, el mundo social (con características que garanticen mínimamente la satisfacción de bienestar social), además de un vasto conjunto de factores psicológicos, culturales, políticos, económicos, etc., con los que se ponen en correspondencia y de los cuales se hace depender la existencia o no de dicho concepto. En la salud es donde el modelo de interacción entre el organismo y el ambiente y se manifiesta en una determinada forma de vida así como en las aspiraciones y motivaciones de intereses personales, esto representa una aproximación a lo que se entiende por salud (Polaino-Lorente 1987, citado en Tron, 1998).

El concepto de salud que maneja el aspecto puramente fisiológico se encuentra detenido, sin embargo cuando se le agregan más elementos de intervención se convierte en algo dinámico y cambiante; esta forma de entender la salud se ha ampliado hasta incorporar elementos que van más allá del sujeto como son bienestar social y bienestar mental, capacidad de funcionar en la sociedad, éstos fuerzan a considerar a la salud como algo que debe de estar en equilibrio, el lugar donde se encuentra el hombre y su ambiente, la persona y la sociedad, el organismo y la comunidad, las nuevas formas de entender a la salud son de muy difícil cuantificación porque subjetiviza y hace todavía más problemático este término (Polaino-Lorente, citado en Tron, 1998).

De las explicaciones científicas sobre el proceso salud-enfermedad ha predominado el modelo biomédico, que parte de la suposición de que el proceso de enfermedad es una relación lineal, que tiene su origen unicausal, es decir que en su génesis y desarrollo intervienen agentes todos ellos de origen biológico; esto explica el porqué la mayor parte de sus tratamientos son de tipo farmacológico o quirúrgico y sólo en ocasiones se considera la importancia de las costumbres y las condiciones sociales, económicas y medioambientales en que se produce la enfermedad.

Las premisas básicas de este modelo lo han cuestionado los investigadores, Seligson, Reynoso & Nava, (1993) y Duran, Hernandez & Becerra, (1993), al mencionar que el concepto de salud ha llegado a ser como era previsible, una construcción mental, sólo que menos vinculada a la biología y más comprometida con la subjetividad, algo que en última instancia dependerá de la confianza que el hombre tenga en su propia competencia y seguridad personal, mientras disminuye la importancia asignada a los factores de tipo biológico que en algunos casos no se manifiestan en la persona.

En los países subdesarrollados como el nuestro, las condiciones medioambientales y las costumbres higiénicas y dietéticas de la población siguen manteniendo a las enfermedades infectocontagiosas, de origen respiratorio y gastrointestinal como principales causas de muerte. Aun teniendo a las enfermedades infecciosas como importante causa de mortalidad, poco a poco van aumentando también los índices de mortalidad como consecuencia de enfermedades crónico degenerativas, como la diabetes y las enfermedades del corazón, accidentes automovilísticos, que empezaron a ocupar lugares importantes y aparecen entre las principales veinte causas de muerte en 1985-86, a partir de 1987, las enfermedades infectocontagiosas, los accidentes, enfermedades del corazón y la diabetes ocuparon los primeros lugares como causa de mortalidad (INEGI, 1999).

Actualmente la salud refleja una orientación biopsicosocial, donde los aspectos psicológicos y sociales complementan el concepto de salud como partes circunstanciales en el tratamiento y estudio de las enfermedades que aquejan al hombre mismo, a partir de esta perspectiva surgen nuevos conceptos como por ejemplo Salud Conductual o Medicina Conductual, lo que conforma un modelo biopsicosocial de la salud.

## **1.2 MEDICINA CONDUCTUAL**

Los problemas de salud y enfermedad están íntimamente relacionados con factores físicos, conductuales y ambientales, cada uno de estos factores contribuye a diferentes tipos de problemas que se encuentran en la práctica médica cotidiana, cada uno de ellos requiere de especial atención para satisfacer plenamente las necesidades de los pacientes.

Médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud se enfrentan a serios problemas que no pueden ser resueltos únicamente por las técnicas médicas en el manejo y cuidado de los pacientes, los conceptos y las técnicas de otras disciplinas pueden ayudar a sugerir soluciones, por lo que un modelo integral de salud que combine entre otras disciplinas a la ciencia médica y a los modelos conductuales, obtendrá una opción para el análisis de la relación entre conducta, salud y enfermedad (Reynoso, 1991).

Recientemente ha ido tomando auge una aproximación derivada de la psicología experimental llamada Medicina Conductual (la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud son consideradas como sinónimos lo cual no es correcto), dicho término ha sido utilizado con frecuencia para describir ciertas formas de investigación e interpretación en problemas psicofisiológicos y médicos. La Medicina Conductual se encuentra aún en proceso de desarrollo, fue



originalmente definida por Birk en 1973 (citado en Reynoso, 1991), para justificar la utilización de la retroalimentación biológica.

Posteriormente fue Schwartz & Weiss (1978, citado en Reynoso 1991), que definieron a la Medicina Conductual como el campo interdisciplinario que tiene que ver con el desarrollo e integración de las ciencias conductuales y biomédicas en la solución de problemas de salud.

Es en la Universidad de Yale, U.S.A. (1978), donde se celebró la primera conferencia sobre Medicina Conductual que deriva en el intento de perfilar totalmente esta área desarrollada rápidamente, asimismo surge la definición que subraya el carácter multidisciplinario de la Medicina conductual, también mencionan (Schwartz & Weiss, 1978; citado en Reynoso, 1991), que la nueva disciplina relaciona el desarrollo, la integración de la ciencia conductual y biomédica, así mismo el condicionamiento de las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad, aplicando este conocimiento a las técnicas de prevención, diagnóstico y tratamiento en la rehabilitación.

Pomerleau & Brady, (1979); Leigh & Reiser (1980); Schwartz (1982); Miller (1983); Krantz, Grunberg & Baum (1985); y Bayés (1987) (citados en Godoy, 1991), definieron a la Medicina conductual como el terreno de la investigación y terapia de la conducta asociada a problemas médicos. De acuerdo a esta forma, el modelo conceptual imperante ha de ser un modelo amplio que integre las diferentes variables o factores, que conjuntamente determinan la salud y la enfermedad, estas últimas deben de ser concebidas como estados o procesos de naturaleza bio-psico-social, para hacer la necesaria integración de un paradigma de tipo bioconductual o biopsicosocial.

Según Agras (1982); Blanchard (1982); Keefe & Blumenthal (1982); y Gentry (1984), (citados en Godoy, 1991) la medicina conductual surge por una gran diversidad de factores entre los cuales están:

- La incapacidad de explicar satisfactoriamente desde el punto de vista biomédico, porque unas determinadas personas enferman y otras no.
- De las enfermedades crónicas como el cáncer y los trastornos cardiovasculares, mucho más influidas en su génesis y mantenidas por factores conductuales y estilos de vida.
- Los avances de la epidemiología conductual y la madurez alcanzada por las ciencias sociales y conductuales.
- Por el poco éxito de los tratamientos médicos quirúrgicos y los problemas secundarios en muchos de ellos; por el elevado costo de los tratamientos médicos.
- El creciente interés hacia la salud pública y salud conductual.
- La estrecha colaboración entre psicología y medicina que responda con eficacia a las necesidades y objetivos de ambas.
- Las soluciones interdisciplinarias de acuerdo con los procesos de salud-enfermedad y el tratamiento y prevención de la misma.
- La creciente necesidad en la medicina del surgimiento de áreas subespecializadas centradas en aspectos comportamentales: psiconeuroendocrinología, psicodermatología, psicoimmunología, entre otras.

A la Medicina Conductual se le considera como una actividad clínica derivada de la terapia conductual, ya que utiliza métodos de evaluación y técnicas de ésta, algunos investigadores la han definido como un campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta y se vuelve de vital importancia para la comprensión de la salud y la enfermedad física, es decir para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El campo de estudio de la Medicina Conductual se conjuga en una amalgama de interacción

multidisciplinaria por ejemplo: medicina, sociología médica, antropología cultural, psiquiatría, enfermería, trabajo social y ciencias biológicas (Reynoso, 1991).

Una definición más de Medicina Conductual es la que proporciona Donker (1991), diciendo que la Medicina Conductual puede ser definida como:

- 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 desarrollo de investigaciones que contribuyen al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con los trastornos médicos y relacionado con los problemas en el cuidado de la salud.

El trabajo de la medicina conductual es muy reciente, sus principales aplicaciones han sido en problemas cardiovasculares tales como el manejo de la hipertensión arterial y la prevención de la enfermedad coronaria, en el terreno de la neurología el tratamiento de migrañas y ciertas formas de epilepsia; la medicina conductual coadyuva en el tratamiento de problemas tales como gastritis y úlceras. Además esta disciplina ha abordado problemas tales como el estrés, alcoholismo, cáncer y enfermedades crónicas, por lo que la medicina conductual se advierte como una posibilidad dentro del área de la salud que permite además de resolver problemas, prevenir complicaciones o inclusive prevenir enfermedades. (Pomerlau & Brady 1979; citado en Donker 1991).

De las principales tareas de la Medicina Conductual consiste en dar actualidad al manejo de técnicas para mejorar el apego de los pacientes hacia diferentes regímenes de tratamiento ya sean médicos o conductuales, el objetivo que se persigue consiste en alterar las conductas de enfermedad relacionadas con el paciente, como por ejemplo el tomar un medicamento con las dosis especificada y bajo el horario establecido, seguir un programa dietético o cambiar los patrones de conducta que pueden causar estrés, etcétera.

Otra tarea consiste en la prevención de la enfermedad y la intervención ante enfermedades terminales o crónico-degenerativas, que representan un reto para la tecnología conductual. Se pretende trabajar en programas preventivos enfocados a modificar el estilo de vida de los sujetos, relacionando los hábitos alimenticios, ejercicio físico, evitando conductas negativas como fumar o beber alcohol, el objetivo general consiste en cambiar los patrones de conducta que incrementan el riesgo de enfermedades crónicas, así como las formas en que los sujetos afrontan las enfermedades que padecen (Reynoso 1991).

A pesar de que la medicina conductual se perfila como una muy interesante área de aplicación de la psicología, con un estado de desarrollo relativamente avanzado y en constante expansión, aun tiene problemas por resolver, entre éstos se encuentra la investigación precisa de los mecanismos a través de los cuales los factores de comportamiento contribuyen al mantenimiento de la salud y a la generación de la enfermedad, por otra parte el desarrollo de programas adecuados de intervención cuyos objetivos son la promoción general de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, teniendo en cuenta como actúan aquellos factores que están directamente relacionados con dicha salud y enfermedad (Godoy, 1991).

El punto de vista de la medicina conductual menciona un aspecto importante, que es el interés en ver cómo los factores ambientales y psicológicos interactúan con los procesos fisiológicos y bioquímicos para determinar el resultado de la historia natural de la enfermedad y del tratamiento de la misma, llegando así a la conocida y compleja área de las enfermedades psicosomáticas (Donker, 1991).

La medicina conductual se apoya en diferentes estudios (médicos, socioeconómicos, demográficos, epidemiológicos, entre otros), que manifiestan el estado de salud y de enfermedad en poblaciones o grupos en relación con su

ambiente y formas de vida, se relacionan para saber tanto la incidencia (número de nuevos casos), como la prevalencia (número de casos existentes), en un momento en particular. Estos estudios juegan un papel importante porque demuestran la relación entre ciertas variables conductuales y la morbilidad-mortalidad de una población. La asociación de datos correlacionados han proporcionado ciertos predictores acerca de algunas enfermedades y han dado algunas recomendaciones útiles para la prevención y el manejo de enfermedades crónicas, entre las estrategias comúnmente utilizadas para los estudios se encuentra la utilización de encuestas, cuestionarios, entrevistas, revisión de archivos, etc. (Pomerlau & Brady 1979; citado en Donker 1991)

En general, la característica básica de la medicina conductual es la consideración de la salud al tratamiento de las enfermedades especialmente las crónicas, como un estado multicausal que es determinado por una amplia gama de variables, entre las que debe de incluirse las de tipo somático: biofísicas, genéticas, anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, endocrinas, inmunológicas, etcétera; las de tipo psicológico o comportamentales: estilos cognitivos, emociones, habilidades o recursos, conductas de riesgo, etcétera y las externas o ambientales, especialmente sociodemográficas y de tipo psicosociales: estatus social, raza, sexo, eventos vitales críticos, soporte social, etcétera.

Ello supone una ampliación de los modelos conceptuales médicos de la enfermedad, que normalmente restringen las causas de la misma a variables de tipo biofísico. Dicha ampliación de los modelos se ha realizado en dos fases, primero es la consideración de participación en su génesis de factores psicológicos, concebidos de naturaleza psicosomática y segundo la inclusión de los factores determinantes de la enfermedad, que se relacionan directamente con el ambiente social de tal forma que la enfermedad es concebida como algo de naturaleza biopsicosocial (Carrobles, 1984; citado en Godoy, 1991).

### 1.3 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Históricamente la psicología ha sido asociada a la intervención de situaciones subjetivas, de conducta, así mismo en el área de educación y de rehabilitación, en fechas más recientes se han presentado diversos problemas médicos donde se encuentran cuadros clínicos con presencia de angustia, depresión y estrés entre otros, es ahí donde la psicología toma un papel importante en el tratamiento de la salud.

La Psicología de la Salud tiene sus inicios en la década de los ochentas, desde entonces a la fecha han surgido diferentes definiciones de esta disciplina, una de ellas es la de Matarazzo (1980), donde hace mención de las contribuciones de la psicología en el área de la salud, para la promoción y mantenimiento de la misma, así como en la prevención y tratamiento de las enfermedades, de igual forma en el mejoramiento del sistema de atención a la salud y una formación integral de los profesionales de la salud.

Por su parte, Millos (1982; citado en Donker 1991), la definen como la aplicación del conocimiento y metodología de diferentes campos de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud física y mental de los individuos; y la prevención, evaluación y tratamiento de todas las formas de desórdenes físicos y mentales en donde los factores psicológicos contribuyen de manera relevante.

Taylor (1986; citado en Latorre 1992), señala que la psicología de la salud es el campo dentro de la psicología que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y cómo responde una persona cuando enferma. El significado de esta definición es bastante claro, cualquier actividad de la psicología relacionada con cualquier aspecto de la salud-enfermedad y se encuentre en el sistema de cuidado de la misma, está considerada dentro del campo de la psicología de la salud. Por

lo tanto, la Psicología de la Salud se encarga de cuestiones básicas como, el papel que juegan los psicólogos en el sistema de cuidado de la salud, los factores que contribuyen al desarrollo de las conductas de salud y enfermedad, la forma en que pueden ser identificados los factores de riesgo conductuales de la enfermedad y los mecanismos de acción, además las bases fisiológicas de la emoción y la manera en que se relaciona con la salud y la enfermedad.

El mismo Taylor (1986; citado en Latorre 1992), señala cuatro áreas de aplicación de la psicología de la salud:

- El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos de la promoción y el mantenimiento de la salud.
- Los psicólogos de la salud estudian también los aspectos de la prevención y tratamiento de la enfermedad.
- Los psicólogos de la salud enfocan también su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones, además están interesados por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.
- Los psicólogos de la salud están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud, sobre el comportamiento de los pacientes, se desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema de salud.

Para Reig, Rodríguez y Mira (1987; citado en Latorre, 1992) la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas:

- Que el comportamiento se puede modificar con relativa facilidad.
- Que la modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.

- Que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades, es decir, que la conducta puede resultar en un factor de riesgo.
- A pesar de que la psicología de la salud estudia los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad, la atención se centra sobre la promoción y el mantenimiento de la salud.

Por su parte Latorre (1992), se refiere a que los patrones de varias enfermedades (infectocontagiosas, crónico degenerativas, entre otras), que han ido en decremento de ochenta años a la fecha, así mismo se ha producido un incremento considerable de las denominadas enfermedades prevenibles, tales como el cáncer y los trastornos cardiovasculares. Y son precisamente estas enfermedades en las que los factores comportamentales y los estilos de vida se han puesto de manifiesto, la presencia o ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de las personas, parecen propiciar un riesgo más elevado de trastornos graves de salud.

Belar, Deardorff & Kelly (1987) destacan la importancia de la Psicología de la Salud y la aplicación de una evaluación en áreas que estén en un proceso continuo, más que como un paso previo al tratamiento que sea un elemento que permita seleccionar la intervención más adecuada durante el tratamiento mismo y al término de éste, también señalan que la evaluación permite verificar los avances o retrocesos de la enfermedad y la eficacia final de las estrategias de intervención. Para estos autores la evaluación debe arrojar datos que permitan comprender la relación entre factores biológicos, psicológicos y socioculturales en el surgimiento y desarrollo de la enfermedad; en este sentido ellos plantean cinco áreas de evaluación: biológica o física, afectiva, cognoscitiva, conductual y ocupacional.

- En el área biológica, proponen obtener información sobre la edad, sexo y raza del paciente; los cambios físicos recientes que pueden precipitar el



evento por el que es referido, información relacionada con su enfermedad específica, su naturaleza, localización, frecuencia de síntomas y estado actual así como el impacto en su estado de salud general e incluye un examen físico a través de exploración médica y estudios de laboratorio; la evaluación de los posibles daños genéticos, cirugías, accidentes o lesiones y la evaluación de su sistema nervioso central y músculo esquelético, esta área será evaluada por los médicos del paciente.

- En el área afectiva se evaluarán los sentimientos y la autoestima del paciente acerca de la enfermedad y su tratamiento y el funcionamiento de los proveedores de la atención a la salud.
- En el área cognoscitiva se indagará sobre el nivel de conocimientos y la percepción del paciente sobre su enfermedad y los tratamientos a que es o será sometido, sus actividades, habilidades, limitaciones, inteligencia general y nivel educativo; sus actividades y hábitos de salud y su percepción del control de síntomas físicos y psicológicos así como su percepción del costo y beneficio del posible régimen de tratamientos y expectativas a futuro. Así como su filosofía de la vida y sus creencias religiosas.
- En el área conductual se obtendrá información sobre qué hace el paciente, cómo y cuándo, su patrón conductual en áreas de autocuidado de la salud.
- En el área ocupacional y de relaciones interpersonales. En cada área se buscará información sobre el estado actual del paciente, su historia y los cambios producidos por la enfermedad; los sujetos de la evaluación serán, el paciente, los sistemas de atención a la salud, la familia del paciente y el contexto sociocultural en que se desenvuelven.

Por su parte, Rodríguez y Palacios (1989), establecen áreas de trabajo en psicología de la salud, estas son:

- Promoción y mantenimiento de la salud. Dado que la salud es el evento interpersonal que incluye tanto factores biomédicos como conductuales, es importante diseñar programas que permitan promover la salud a través de comportamientos y formas de interacción con el medio que propicien la salud física y psicológica y disminuyan el riesgo de enfermedad. En este sentido, promover el consumo de alimentos que en conjunto integren una dieta balanceada y acorde a las necesidades del organismo; ejercicio físico y un estilo de vida con periodos equilibrados de trabajo, diversión y descanso son parte importante de los programas de promoción de la salud.
- Prevención y tratamiento de la enfermedad. Valorar la posible relación entre las creencias personales sobre la salud y el estado de salud de cada individuo, el nivel de tratamiento de la enfermedad puede presentar algunos tipos de intervención psicológica (relajación muscular progresiva, terapia cognitiva, monitoreo continuo y biofeedback térmico), en el tratamiento de problemas como el dolor de cabeza vascular y el dolor de cabeza tensional.
- Prevención y diagnóstico de la salud enfermedad y disfunciones relacionadas. Están estrechamente relacionada con lo anterior, esta línea se refiere a la prevención de las causas que dan origen a la enfermedad, entre otras palabras, a la prevención de factores de riesgo a nivel individual o comunitario, programas de intervención educacional a gran escala dirigido a la comunidades.
- Análisis y mejoramiento de sistemas de salud. Este es otro punto importante en el área de la salud ya que la calidad de los servicios con que cuentan el paciente para atenderse determinan el curso de la enfermedad y

es precisamente de señalarse que a nivel de Sistemas de Atención a la Salud, las intervenciones del psicólogo se enfocan al mejoramiento de los servicios para satisfacer las necesidades del paciente; haciendo los ambientes más cómodos y menos amenazantes, facilitando las relaciones terapéuticas médico-paciente y llevando a cabo funciones de docencia en aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad así como el manejo psicológico del paciente durante el periodo de diagnóstico, tratamiento y recuperación.

- Formulación de políticas de salud. Aunque las políticas en la salud han sido planteadas de manera predominante por profesionales de la medicina, la psicología de la salud debe intervenir activamente en la formulación de dichas políticas; ya que su contribución es importante para que éstas sean planteadas y la salud sea considerada como un evento multicausal y dinámico.

Diferentes definiciones de Matarazzo y Millos (1982; citados en Donker 1991), enfatizan las áreas de trabajo de la Psicología de la Salud en relación a procesos de la salud y enfermedad, sin embargo, años más tarde estos mismos autores plantean una definición más completa al mencionar que es el área de la salud donde se encuentran estrechamente relacionadas la Psicología de la Salud y la Medicina cuyo objetivo primario de ambas es la prevención y promoción de aspectos relacionados con la atención a la salud, analizando las relaciones biológicas, psicológicas y sociales del individuo con el medio en su contexto sociocultural.

Actualmente se puede decir que la Psicología de la Salud es un campo multidisciplinario relacionado con la atención a la salud, que describe algunas formas de investigación e intervención en problemas médicos y psicofisiológicos y se caracteriza por considerar la relación entre lo biológico y lo psicológico de

manera interactiva y en función del contexto sociocultural en que se desarrolla, esta definición destaca el carácter multidisciplinario del modelo, ya que para entender al proceso salud-enfermedad en un contexto sociocultural, se tiene que retomar los elementos de diferentes disciplinas como son, las biomédicas y las sociales, por ejemplo: epidemiología, psicología, fisiología, medicina y sociología entre otras. Asimismo señalar que los antecedentes teórico-metodológicos de la Psicología de la Salud, se vinculan directamente con la Medicina-Conductual y por lo tanto se relacionan la terapia conductual y la modificación de conducta.

Para Seligson, Reynoso & Nava (1993), algunas las situaciones que guían la actividad del psicólogo en el campo de la salud es la observación de los cambios en la conducta (estilos de vida) que pueden reducir la probabilidad de riesgo en ciertas enfermedades, la aplicación de técnicas conductuales que permitan modificar, sistematizar y mantener los cambios realizados en la conducta, que al interactuar con algunos factores del medio ambiente disminuya el riesgo de padecer ciertas enfermedades crónicas.

Ahora bien, de los factores que están posibilitando la incorporación de la psicología y de sus profesionales a este nuevo modelo de salud se pueden mencionar los siguientes:

- La búsqueda de alternativas para el sistema tradicional de cuidado de la salud.
- El bienestar, la prevención de enfermedades, el interés en cuanto a la calidad de vida que forman parte del sistema de valores de los individuos, que evitan aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud.
- La presencia actual de enfermedades crónicas, con el reconocimiento de la influencia que tienen los estilos de vida sobre éstas últimas.
- El fracaso del modelo biomédico para explicar adecuadamente la salud y la enfermedad.

- El desarrollo de la investigación en la ciencia de la conducta, incluyendo la aplicación de las teorías del aprendizaje, la etiología de la enfermedad, y las conductas de salud o enfermedad.
- La salud como un derecho social y el concepto de salud que incorpora aspectos no estrictamente médicos y se entiende como un concepto integral que incluye la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción a la vida social.
- La aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia del comportamiento a un gran número de problemas de salud, con un gran número de resultados positivos, ha abierto en el campo de la salud la posibilidad de que las intervenciones psicológicas puedan recomendarse como alternativas o como complemento a la intervención biomédica (Seligson, Reynoso & Nava, 1993).

Al mismo tiempo Weinman (1990; citado en Latorre 1992) menciona que las direcciones actuales y futuras de la psicología de la salud se centran en el estudio teórico y aplicado de los siguientes factores:

- Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
- El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos.
- Las cogniciones acerca de la salud-enfermedad.
- Toma de decisiones, la comunicación y adherencia.
- El medio ambiente en el que se produce el tratamiento, incluyéndose las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas.
- El afrontamiento de la enfermedad.

Un área de actuación dentro de la psicología de la salud, es la referida a la promoción general de la salud, mediante la generación de programas que inciten a la población a optimizar su estado de salud y mantenerlos vía la adopción de hábitos y estilos de vida saludable. Las actuaciones en esta área deben de estar dirigidas a la concientización del valor que la salud tiene y asumir las propias responsabilidades en la promoción y mantenimiento de la misma. La prevención

de la enfermedad, especialmente la primaria que se refiere a evitar la aparición del trastorno actuando sobre aquellos factores ambientales o personales que estén relacionados en su génesis con factores o conductas de riesgo (Godoy, 1991).

Los principales comportamientos de riesgo de problemas crónicos a los que podrían ir dirigidos los programas preventivos centrados en el sujeto son el tabaquismo, el alcoholismo y las demás conductas adictivas, los patrones alimenticios inadecuados, la falta de actividad física, de higiene, de descanso y ocio. A estos tipos de comportamiento insano e irresponsable, común a muchas clases de problemas, habrían que sumárseles otros más específicos para determinados trastornos.

A nivel secundario, las actuaciones deben dirigirse a la detección precoz del trastorno, a fin de intervenir en sus primeras etapas de desarrollo, cuando el pronóstico de recuperación es más favorable. En este sentido, se puede observar lo importante que sería este tipo de actuaciones en la detección e intervención temprana de determinados problemas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la obesidad.

En general, en este capítulo se ha abordado la importancia que juegan ciertos comportamientos como factores de riesgo para algo tan importante en el ser humano como la salud misma. Desarrollándose cualquiera de las áreas, el psicólogo de la salud desempeña múltiples funciones y actividades, desde aquellas que se relacionan directamente con la evaluación o intervención en problemas prácticos hasta las que se encaminan a la investigación y la preservación de la salud.

## **CAPÍTULO II**

### **PSICOLOGÍA Y ESTRÉS.**

#### **2.1 ANTECEDENTES Y DESARROLLO**

Estrés deriva del latín “stringere”, que significa “provocar tensión”. Esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés, como “stress”, “stresse”, “strest” y “streisse”. El interés por estudiar el estrés en los últimos tiempos, ha recibido mayor atención por el impacto que ha demostrado tener en la salud física y psicológica de los individuos.

Lazarus (1966; citado en Barrientos, 1998), menciona que la palabra estrés fue utilizada aunque no de manera científica desde el siglo XIX, el término significaba dureza, tensión o aflicción. El desarrollo de las teorías de la emoción permitió el planteamiento de teorías cognitivas para el estudio del estrés.

Históricamente existen diversas definiciones de estrés. En 1932 Cannon (citado en Barrientos, 1998), adopta el término stress, y se refiere a los “niveles críticos del estrés”, los cuales define como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos.

Otra es la propuesta por Hans Selye, 1936 (citado en Barrientos 1998), donde dice que “es la respuesta específica del organismo a toda demanda que se le haga”, utilizó el término estrés para referirse al conjunto de reacciones fisiológicas desencadenantes por demandas medioambientales, a las cuales llamó estímulos estresores.

En la década de los treinta Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, presentaban síntomas comunes y generales como cansancio,

pérdida del apetito, baja de peso, etc. Esto llamó mucho la atención a él, quien lo denominó el “Síndrome de estar Enfermo”. También se graduó como médico y desarrolló experimentos sobre el ejercicio físico extenuante con ratas de laboratorio que comprobaron la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina y noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de estas alteraciones orgánicas el doctor Selye denominó “estrés biológico”.

Consideró entonces que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales eran la resultante de cambios fisiológicos así como el resultado de un prolongado estrés en los órganos mencionados, ya que estas alteraciones también podrían estar determinadas genéticamente.

Sin embargo, al continuar con sus investigaciones, integró a sus ideas que no solamente los agentes físicos nocivos actúan directamente sobre el organismo animal y son productores de estrés, sino que además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo requieren de capacidad de adaptación, provocando así el trastorno del estrés (Selye, 1991).

Todas las teorías cognitivas parten de definir al estrés como una respuesta a una cognición amenazadora que consiste en incrementar la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla. Esta cognición (estimulación) no es nociva en sí misma, provoca una estrategia adaptativa y no una mera evitación. El estrés es un proceso determinado por evaluaciones subjetivas, el grado de satisfacción que una persona experimenta en una situación productora de estrés, está asociado con la percepción que el sujeto tenga de dicha situación.



La definición de Lazarus (1966; citado en Barrientos, 1998), hace referencia al resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar. El proceso de estrés debe de tomar en cuenta tres variables: las demandas, exigencias, desafíos y amenazas del medio ambiente externo en que se desenvuelve el sujeto. También se deben de tomar en cuenta los recursos a disposición del sujeto para dar cuenta de la presión que recibe, y el grado de satisfacción que experimenta en la situación productora de estrés.

Las situaciones estresantes están determinadas por cogniciones, hipótesis y creencias, lo que permite conceptualizar el estrés como un proceso dependiente de las significaciones para cada sujeto. Las reacciones de los distintos individuos frente a los diferentes estresores pueden afectar en cierto modo a las características personales, el estrés es la consecuencia de la adaptación del cuerpo y de la mente a los cambios. Expresado en términos más científicos: el estrés es la reacción fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que se esfuerza por amoldarse a las presiones tanto internas como externas y por adaptarse a las mismas. No todos los organismos responderán del mismo modo, teniendo en cuenta que gran parte de las respuestas al estrés dependen de factores psicológicos, y sobre todo, no todos desarrollarán las mismas enfermedades de adaptación ante la persistencia de las condiciones de estrés.

Un individuo reacciona ante los eventos estresantes y bajo patrones característicos aparentemente estables, hay diferencias individuales en las reacciones fisiológicas, cogniciones y conductas ante un estímulo estresante; sin embargo, existen interacciones entre variables personales (patrones fisiológicos) y variables situacionales (experiencias pasadas y recientes en la vida), se vuelve así el resultado de múltiples factores y no una simple relación unicausal (Lazarus & Folkman, 1984).

El estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas, como la medicina, biología y la psicología contando con la aplicación de tecnologías diversas y avanzadas. El hombre moderno reacciona con respuestas altamente competitivas a exigencias de sociedades industrializadas, donde las personas están sometidas a estrés en la casa, la escuela, el trabajo y sus relaciones interpersonales; pocos tienen una vida tranquila y el estrés es una situación constante que es incapaz de valorar y afrontar eficazmente las demandas de su medio físico y social, a largo plazo esta situación los conduce a un estado de desequilibrio emocional y fisiológico.

Según Lazarus & Folkman (1984), las definiciones de estrés se harán en función de los elementos y las relaciones de este fenómeno complejo, consideradas en su conceptualización; así que el concepto denotará una fuerza externa que produce efectos transitorios o permanentes en la conducta de la persona. Se conceptualiza que el estrés es una respuesta biológica o psicológica que la persona da ante un determinado estímulo estresor o situación estresante.

Se entiende que el estrés surge de procesos perceptuales y cognitivos que producen secuelas fisiológicas o psicológicas. Lazarus & Folkman (1984), interpretan la interacción entre agentes estresores y el sistema humano en términos de apreciación y evaluación. Las definiciones de este tipo ponen énfasis en las transiciones entre la persona y el ambiente. Este fenómeno sólo queda caracterizado adecuadamente si se tiene en cuenta la situación ambiental y la peculiar relación en que se encuentra la persona respecto de esa situación a lo largo del tiempo.

En términos generales, dado que el estrés se define como un proceso que depende de las cogniciones (significados) que el sujeto hace de su entorno, el valor traumático de un acontecimiento depende exclusivamente de su traducción subjetiva. El estrés es personal, el modo en que percibimos un hecho depende de

la imagen de nosotros mismos, de la fuerza del yo y de la escala de valores. Dos personas pueden percibir una misma situación, los mismos hechos en formas distintas; se reacciona en forma diferente según el estado de ánimo.

Un acontecimiento en general considerado positivo (por ejemplo salir de vacaciones), puede ser negativo para la homeostasis de algunos organismos; y acontecimientos negativos (como un divorcio), serían liberadores de mucha tensión. Mientras que para un individuo la luz roja constituye una señal útil para el ordenamiento de tránsito, otro lo interpreta como un factor de perturbación. Hay eventos que dependen de frustraciones, inadaptaciones y psicopatologías donde la memoria se traiciona ampliando el poder estresante de hechos recientes y valorando mínimamente los hechos lejanos en el tiempo (Fernández Abascal, 1998).

El proceso del estrés comprende el cuerpo y la mente, las informaciones provenientes del exterior se procesan básicamente por dos vías; a través del conocimiento de la señal de alarma que se percibe y se evalúa, decidiéndose si es provechosa o dañina, esto se genera a través del sistema nervioso, los reflejos físicos emocionales preparan el cuerpo para una acción eventualmente necesaria. El hombre posee la capacidad de recordar el pasado o imaginar el futuro. Una visión angustiada del futuro provoca reacciones de estrés. El fenómeno inverso es la capacidad de imaginación positiva, este fenómeno provoca una sensación de bienestar que libera nuevas energías internas.

Bajo los efectos del estrés, el cuerpo se desequilibra porque diversas funciones se aceleran inútilmente. Ello provoca una mayor demanda de vitaminas y minerales, lo que debe cubrirse. De lo contrario, se genera una carencia que en un principio se caracteriza por nerviosismo, irritabilidad, cansancio, falta de concentración y mal humor depresivo. Estos síntomas actúan a su vez, como

factores de estrés e intensifican el mismo ya existente, generándose así un círculo vicioso (Fernández Abascal, 1998).

## **2.2 LA CURVA DEL ESTRÉS**

El estrés es un fenómeno adaptativo de los seres humanos que contribuye, en buena medida, a su supervivencia y a obtener un adecuado rendimiento en su actividad. El estrés es indispensable para la salud y la capacidad productiva. También el aburrimiento con una escasa estimulación traen como consecuencia el insuficiente estrés que puede ser nocivo para la capacidad productiva del ser humano.

Tratar de tener siempre el desempeño más eficaz en muchas esferas de la vida resulta negativo si se vuelve excesiva incontrolada o incontrolable esta situación; otro aspecto de interés es que situaciones estresantes para algunos individuos no lo son para otros, para esta doble distinción de situación nociva o estímulo necesario se propone por el grado de satisfacción que una persona experimente en una situación productora de estrés y esté asociado con la percepción que el sujeto tenga de dicha situación, esto nos permite distinguir y tener en cuenta sus efectos en los ejes emocional, biológico, psicológico y conductual, así se pueden distinguir dos tipos de estrés: el eustrés (+) y el distrés (-).

La medida óptima de estrés es la que tenga la capacidad de provocar un mejoramiento de la salud y el rendimiento. Esta es la fase positiva del estrés (eustrés). Si el estrés sigue aumentando, la salud y el rendimiento vuelven a empeorar. Esto equivale a la fase negativa del estrés (distrés). Cada ser humano tiene un umbral de estrés diferente; la curva de estrés varía de un individuo a otro. Pero en todos se alcanza un punto en el cual el estrés ya no actúa en forma positiva, con un efecto estimulante, sino perjudicial para la salud y el rendimiento

En otras palabras podríamos decir que una demanda real o imaginaria, que se llamará “estresor”, en una persona genera una respuesta determinada. Si los cambios se hacen en armonía, es decir, si las respuestas son adecuadas al estímulo o para explicarlo de otra manera, puede ser un hecho positivo y estar adaptado a las normas fisiológicas del sujeto, se habla de “eustrés” o “buen estrés”, indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio. Si las demandas son excesivas, intensas y/o prolongadas, aún siendo agradables, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo, llegamos al “mal estrés”, esta respuesta negativa conduce al estado de distrés. Cuando existe una gran cantidad de situaciones (buenas o malas) pueden conducir al estrés, y los estresores son de intensidad y características muy variadas ( Vázquez, 1998).

El eustrés se presenta entonces como un estrés con connotaciones positivas para la salud y se considera una forma básica de motivación desde el punto de vista de las consecuencias emocionales: alegría, felicidad y activación óptima. Desde el punto de vista de las consecuencias biológicas: favorece el fortalecimiento del sistema inmunitario, permitiendo un mayor autocontrol de la activación cardiovascular.

Desde el punto de vista de sus consecuencias psicológicas: incrementa la autoconfianza y la autoestima. Permite una mayor percepción del control, otorga expectativas más realistas sobre el logro de metas. Permite sostener relaciones interpersonales más firmes y fluidas, con una mayor percepción del apoyo social disponible.

Desde el punto de vista conductual: favorece un mayor incremento en la motivación hacia hábitos saludables, mejorando la calidad de vida. En el caso de presencia de enfermedad, existe una mayor adherencia y seguimiento de los tratamientos médicos.

Las características de la fase positiva son:

- vitalidad
- capacidad de entusiasmarse
- optimismo
- resistencia a las enfermedades
- resistencia física
- vivacidad
- relaciones personales óptimas

El distrés por su parte se presenta teniendo connotaciones negativas para la salud y puede conducir a disfunciones, diferentes trastornos, enfermedades y muerte. Desde el punto de vista de las consecuencias emocionales: hostilidad, ansiedad, miedo, depresión y una hiperactivación sostenida.

Desde el punto de vista de las consecuencias biológicas: hay un considerable incremento de la actividad cardiovascular y la posibilidad de padecer enfermedades como: úlceras, cáncer, artritis, asma, etc.

Desde el punto de vista de las consecuencias psicológicas: el sujeto presenta actitudes desadaptativas, incrementando la probabilidad de conflictos. Existe una mayor incapacidad para establecer relaciones interpersonales, con la consecuente pérdida de su percepción del apoyo social disponible. También puede presentar, disfunciones sexuales y distorsiones cognitivas.

Desde el punto de vista de las consecuencias conductuales: probablemente se desarrollen hábitos perjudiciales para la salud. Existe un aumento en la probabilidad de accidentes, por reducción de la atención y la concentración. Se observa la presencia de actitudes violentas y agresivas.

El estrés y sus consecuencias dañinas para la salud han sido investigados extensamente, pero se ha prestado una menor atención a las respuestas positivas al estrés. Hoy se plantea además el estrés de la civilización, un estrés al que podríamos llamar "atribucional", emocional, donde los órganos de percepción externa y la interpretación de los estímulos, las dudas, angustias y conflictos del inconsciente provocan igualmente la puesta en marcha sistema del Sistema Nervioso Central (SNC), así mismo las vías autonómicas con la liberación de respuestas rápidas y/o lentas a los factores multicausales del estrés, o estrés, irán preparando bioquímica y metabólicamente al organismo sobre su real o subjetiva peligrosidad.

En la fase negativa del estrés se está propenso a:

- cansancio
- irritabilidad
- falta de concentración
- depresiones
- pesimismo
- susceptibilidad a las enfermedades
- baja productividad y poca creatividad.

Los efectos del estrés y sus consecuencias prolongadas, como se ha dicho, varían con las características individuales, tienen diferentes sintomatologías, así como diversas estrategias y estilos de afrontar las situaciones estresantes. Los estresores provocan en el individuo, junto a las respuestas conductuales, respuestas fisiológicas que si se mantienen ocasionan alteraciones en su adaptación, llegando en algunos casos incluso a la enfermedad (Vázquez, 1998).

Cotidianamente nos enfrentamos a agentes estresores que pueden provocarnos un incremento en la activación fisiológica que aumenta la probabilidad de padecer enfermedades coronarias. Existiendo, diferencias

individuales respecto del efecto que provocan los estímulos estresores en el organismo y que conducen a una mayor o menor reactividad cardiaca. El estrés negativo actuaría como desencadenante, de manera activa y aguda, de episodios cardíacos. La noción de estrés cubre un espacio que va desde suaves molestias a la amenaza de muerte, desde un susto momentáneo a tensiones crónicas, con el correspondiente espectro de respuestas (Gullette, & cols. ,1997).

Los estresores son los agentes que provocan la respuesta de estrés. Son de diversa naturaleza, tanto físico (casancio), emocional (amor, odio, alegría, enojo y miedo), como los pensamientos; son característicos del síndrome de estrés, pero los agentes psicológicos (emociones y pensamientos) no pueden considerarse como los únicos factores de estrés.

De igual manera, provocan en el individuo junto a las respuestas conductuales, respuestas fisiológicas que si se mantienen ocasionan alteraciones en su adaptación, llegando en algunos casos incluso a la enfermedad. Otras situaciones como el insomnio, pérdida de deseo sexual, anorexia, falta de placeres o mal humor, también pueden ser debidas a este problema. Incluso la violencia física a seres queridos o contra uno mismo pueden ser consecuencias disparadas por el estado de estrés.

También se entiende como al conjunto de situaciones físicas o psicosociales de carácter estimulante que se dan en el trabajo y que con frecuencia producen tensión y otros resultados desagradables para la persona. Por lo tanto, son elementos recurrentes de carácter estimulante; sensorial o psíquico, ante las cuales las personas suelen experimentar estrés y consecuencias negativas (Gullette, & cols. ,1997).

En base a esta definición, cualquier aspecto del funcionamiento relacionado con resultados conductuales negativos o indeseables correspondería con un



estresor, esto depende de la apreciación que la persona hace de la situación, vulnerabilidad al mismo, las características individuales, y las estrategias de afrontamiento que disponga a nivel individual. Los estresores se consideran y se cuantifican en las siguientes dimensiones:

- Especificidad del momento en que se desencadena.
- Duración.
- Frecuencia o repetición y de Intensidad.

La caracterización en base a las dimensiones anteriores permiten establecer las siguientes clases de estresores:

- Estresores agudos: Comienzo o desencadenamiento definido, de corta duración ocurre con poca frecuencia, presenta alta intensidad.
- Estresores crónicos: no tienen inicio definido, se repiten con frecuencia. pueden tener corta o larga duración, pueden ser de baja o elevada intensidad .
- Estresores de la vida diaria: comienzo definido, son de corta duración, ocurren con frecuencia, son de baja intensidad.
- Estresores catastróficos: tienen un comienzo definido, pueden ser de corta o larga duración, ocurren con muy poca frecuencia, son de fuerte intensidad.

El efecto de una configuración de estresores con una determinada caracterización física depende del contexto psicosocial en que se den, así como de la significación de éstos para el individuo; características individuales tienen influencia sobre el nivel de estrés experimentado. Otro aspecto importante es el de considerar efectos aditivos de contribución de estresores familiares, físico-ambientales, etc., así como los patrones de respuesta en el tiempo a determinadas configuraciones o situaciones de estrés (Gullette & cols.1997).

Los efectos del estrés y sus consecuencias prolongadas varían con las características individuales, tienen diferentes formas de manifestarse (sintomatologías) en el individuo, así como diversas estrategias y estilos de afrontar las situaciones estresantes, que se dan en la familia, trabajo y en la vida cotidiana, por eso el tener información acerca de cómo el estrés influye en el desarrollo de la vida es de importancia, para darle una atención adecuada y evitar que el estrés afecte de manera significativa al individuo.

### **2.3. RESPUESTAS FISIOLÓGICAS DEL ESTRÉS**

El cerebro es como una computadora, en él se localizan los sistemas de alerta, se procesan los conocimientos, las emociones y se regula el funcionamiento de los otros órganos del cuerpo. En la corteza cerebral se produce el reconocimiento de la situación estresante. Las células cerebrales se comunican entre sí mediante "mensajeros químicos". Cuando la persona está expuesta a niveles altos de estrés, esta comunicación comienza a deteriorarse. Cuando estos mensajeros "fallan" la persona comienza a sufrir síntomas tales como: insomnio, dolores generalizados, depresión, angustia etc., a ésta condición se le llama "sobre-estrés".

En los años 70's se descubrieron ciertas herramientas que permitieron a los científicos penetrar dentro de las células nerviosas del cerebro. Descubrimientos importantes se hicieron a diario sobre el funcionamiento interno del cerebro, ahora se sabe que existen ciertos químicos vitales que llevan los mensajes entre las células cerebrales, en esencia, estos químicos permiten que las células nerviosas cerebrales "platicuen" entre sí (Martin, 1992).

Existen tres "mensajeros" cerebrales que controlan el sueño, los niveles de energía y las sensaciones de dolor y placer, estos son: serotonina, noradrenalina y dopamina. Éstos son los químicos cerebrales que comienzan a fallar cuando los

niveles de estrés son mayores a los niveles que la persona puede manejar estos "mensajeros" cerebrales controlan el sueño, los niveles de energía y las sensaciones de dolor y placer.

Los mensajes sombríos y depresores, son llevados por los "mensajeros tristes". La mayor parte de los centros nerviosos reciben ambos tipos de mensajes, mientras esta transmisión esté en balance todo funciona con normalidad.

En un día típico dentro del cerebro, trillones de mensajes se mandan y se reciben, los mensajes que son "felices" o positivos son llevados por los "mensajeros alegres" (técnicamente se conoce como sistema biogénico de amino/endorfina).

El mensajero alegre serotonina, es el químico que conduce al sueño, debe trabajar adecuadamente para que la persona pueda dormir bien, también es responsable de que la fisiología de la persona sea la adecuada para el sueño. Si la serotonina no hace su trabajo adecuadamente la persona no podrá dormir bien a pesar de cualquier esfuerzo, dado que la serotonina es el primer mensajero alegre que falla bajo el estrés, el primer síntoma de sobre-estrés será la incapacidad de dormir adecuadamente.

La noradrenalina nos da energía. Cuando la persona está asustada la adrenalina es segregada hacia el torrente sanguíneo por las glándulas adrenales. El corazón late más rápido, la sangre se va de la piel y los intestinos hacia los músculos y aparece sudoración en las palmas de las manos y la frente. El cuerpo se ha preparado para "luchar o huir". La "noradrenalina", que es un pariente cercano de la adrenalina, tiene muchas funciones importantes en el sistema nervioso. La función que más nos interesa por el momento es su rol en el establecimiento de los niveles de energía.

Es esencial que la noradrenalina funcione adecuadamente para que la persona se sienta con energía, si no se tiene suficiente noradrenalina, se sentirá cansada, exhausta o sin energía. Simplemente la persona no se siente con ganas de hacer nada. La persona que tiene una falla en los niveles de noradrenalina se irá haciendo progresivamente más letárgica. El tratar de "manejar" el cerebro con bajos niveles de noradrenalina es similar a manejar un coche con la batería descargada, tarde o temprano el carro simplemente no encenderá.

La Dopamina tiene el dominio sobre el placer y el dolor, es similar a la morfina y la heroína que son las drogas más potentes conocidas por el hombre para disminuir el dolor y producir placer, son tan potentes que por mucho tiempo se pensó que eran similares a algún químico producido naturalmente en el cerebro humano. Recientemente se ha descubierto que de hecho existen algunas moléculas similares a la morfina que se producen en el cerebro. Estas sustancias son conocidas como "endorfinas" y son responsables de la percepción del dolor.

Parece ser que en las endorfinas se ha encontrado el mecanismo natural del ser humano para regular el dolor. Probablemente exista una secreción continua en base a esta sustancia. Bajo ciertas condiciones la secreción aumenta y hace que la persona sea mucho menos sensible al dolor. Bajo otras condiciones la secreción disminuye y hace a la persona más susceptible al dolor. Las variaciones individuales en el nivel de endorfina explicaría las diferencias en la percepción del dolor ante el mismo estímulo doloroso.

En la profesión médica es frecuente ver como la misma herida o condición en un individuo provoca una mínima molestia, mientras que en otros individuos produce un dolor insoportable. Antiguamente se decía que el dolor era imaginario o simplemente estaba en "la cabeza" de la persona, ahora se puede especular con cierto grado de certeza que lo diferente en la "cabeza" de las personas son los niveles de endorfina. Por lo tanto, la persona que se queja en grado extremo ante

una herida mínima probablemente sienta un grado mucho mayor de dolor. Por alguna razón los niveles disminuidos de endorfina han interferido con su mecanismo de control del dolor.

Ahora la dopamina, el tercer mensajero alegre, parece concentrarse en áreas del cerebro contiguas a los lugares de mayor secreción de endorfina. Cuando la función de la dopamina disminuye, también decrece la función de la endorfina. Demasiado estrés causa una disminución de la dopamina de la persona, pierde su "anestésico" natural.

La dopamina también dirige el "centro del placer." Este es el área que le permite a la persona el "gozar de la vida". Cuando el estrés interfiere con la función dopaminérgica el centro del placer se hace inoperante. Las actividades placenteras normales ya no dan placer. Con una severa disfunción de la dopamina y de la endorfina la vida se convierte en dolorosa y ausente de todo placer (Martin, 1992).

Existen problemas con los mensajeros alegres cuando hay demasiado estrés en el cerebro, los mensajeros alegres comienzan a atrasarse en sus entregas. En la medida que continúa el estrés, los mensajeros alegres comienzan a fallar, esto causa que centros importantes del cerebro reciban tan solo mensajes "tristes" y esto a su vez causa que todo el cerebro se angustie. La persona ha entrado en un estado de desequilibrio químico cerebral conocido como "sobre-estrés".

Si la carga de estrés es suficiente para interferir con los mensajeros alegres, el reloj interno de la persona dejará de funcionar. La persona tendrá problemas para dormir, despertará con frecuencia y recordará sus sueños. En la mañana no se sentirá descansado. Después la persona notará una falta de energía, desgano y falta de interés en el mundo en general. Es así que surgen

preguntas como ¿por qué no puedo dormir?, ¿qué me pasa? ¿me dará un infarto?.

No es raro que la persona experimente ataques de pánico cuando los niveles de mensajeros alegres se encuentren disminuidos. La persona siente que no puede respirar, que su corazón late a mil km/hr y puede experimentar hasta malestar estomacal y diarrea. El estrés ha causado que su cuerpo se comporte de maneras extrañas y difíciles de manejar. Ante esta circunstancia la angustia o pánico no son inesperados.

Todas las personas han experimentado periodos de sobre-estrés en sus vidas, por lo general serán de corta duración. Se vive en una sociedad tan estresante que por lo menos el 10% de la población vive en un constante estado de sobre-estrés. Algunas personas que han heredado una tolerancia al estrés están luchando día con día, en el manejo de estos mensajeros cerebrales que tienen muy poco descanso y sufren considerablemente por el trabajo continuo de entregas. Antiguamente no se sabía que la causa de este sufrimiento y síntomas que surgían, era por una disfunción en los mensajeros cerebrales y esta disfunción es causada por el sobre-estrés. Lo que antes se consideraba como enfermedad mental ha dejado de existir en forma difusa para residir en el mundo de la bioquímica y fisiología.

El sobre-estrés provoca que la persona se sienta terriblemente mal. Cuando los mensajes tristes sofocan a los mensajes alegres la persona se siente "sofocada" por la vida. Las personas se quejan de cansancio y de insomnio. Tienen múltiples dolores y falta de energía. Se sienten deprimidos, angustiados o simplemente sienten que no pueden con la vida. No es sencillo esbozar el complejo mecanismo neurológico que comprende el sistema general de adaptación y su fracaso en la adaptación al medio y sus estresores como fuente generadora de distrés. La respuesta física, psíquica y biológica al estrés, con sus

alteraciones en el equilibrio bioquímico y metabólico del organismo cuando llegan a la etapa de agotamiento, plantean la ubicación del distrés en la puerta de entrada de la medicina psicosomática. Este agotamiento lleva invariablemente a provocar, en primer lugar, trastornos funcionales, y luego las enfermedades de adaptación (Martin, 1992).

Antiguamente no se sabía que todas las sustancias que se han mencionado, funcionen de la misma manera. Todas estas sustancias sirven como "medicinas" para que la persona se sienta mejor o "normal". Algunas de ellas funcionan "levantando" los niveles de mensajeros alegres.

Este mecanismo de acción de autoadministrarse medicamentos no es muy reconocido como tal; personas que hablan del abuso de cierta sustancia como la solución a una "enfermedad", las personas del "adicto a la comida", del "adicto a la cocaína", como si el uso o la acción fuera para enfermedades diferentes, pero en realidad estas personas tienen una sola condición en común subyacente: el sobre-estrés que los hace sentirse "enfermos" y que intentan automedicarse con las diferentes sustancias para sentirse mejor. Estas personas simplemente intentan adaptarse al sobre-estrés de la mejor manera que ellos conocen.

## **2.4 ENFERMEDADES POR ESTRÉS.**

La mayoría de las personas están familiarizadas con la palabra "estrés", esto ocurre cuando se pierde el trabajo, o no se tiene dinero para pagar las deudas. La mayoría piensa que "estrés" es sinónimo de "preocupación". Si se está preocupado, entonces está "estresado", sin embargo la palabra estrés tiene un significado mucho más amplio para el cuerpo, el estrés es sinónimo de cambio. Cualquier cosa que cause un cambio en la vida, provoca estrés, por ejemplo, cuando compras un auto nuevo, el romperse una pierna, eso es estrés, bueno o malo, si es un cambio en la vida es estresante para el cuerpo.

La palabra "estrés" está tan incorporada al lenguaje cotidiano que su utilización crea más de una confusión, porque tener estrés puede ser desde padecer un cansancio excesivo, producto de las intensas presiones a que se somete una persona diariamente, o también puede representar sufrir una enfermedad grave que incluso puede llevar al suicidio o a la depresión aguda.

Los efectos y consecuencias del estrés pueden ser muy diversos y numerosos. Algunas consecuencias pueden ser primarias y directas, otras pueden ser indirectas y constituir efectos secundarios o terciarios, unas son resultado del estrés, y otras se relacionan de forma hipotética con el fenómeno ( Ayuso, 1998).

También los cambios imaginarios son estresantes, de hecho los cambios imaginarios son los que llamamos "preocupaciones". Si una persona cree que le darán un aumento eso también es estrés aunque sea un cambio positivo. No importa si el evento es bueno o malo, real o imaginario, cualquier cambio produce estrés. Cualquier cosa que causa un cambio en la vida cotidiana es estrés, cualquier cosa que cause un cambio en la salud de tu cuerpo es estrés, los cambios imaginarios son tan estresantes como los cambios reales; todo es manejado por estresores.

El organismo envía señales que se deben analizar, ya que muchas personas comienzan a tener menos energía o sensación de fatiga (astenia) para realizar las tareas habituales; en otros, la agresión es contra el sistema inmune disminuyendo las defensas y hay una mayor propensión a los resfríos, estados gripales o herpes bucal. Cuando el órgano afectado es la piel pueden aparecer sudoración excesiva, caída del cabello y prurito (comezón).

El estrés puede conducir a una enfermedad somática por vías diferentes: por la ruptura de la función de la influencia del bajo estrés; por un mayor derrame de hormonas poderosas que alteran el cuerpo, como en los casos de palpitación



del corazón, sudoración, temblor, fatiga, etc., por ejercer estilos de enfrentamiento dañinos para la salud, intrínsecamente estilos nocivos de vida incrementarían la posibilidad de enfermedad dañando los tejidos del cuerpo, como en casos de intento de mejoramiento social que surgen de la presión por un mejor estilo de vida que se deriva en conductas de descanso mínimo, deficiente alimentación, abuso de alcohol y tabaco.

La gente cargada de estrés comenzará posteriormente a sentir dolores. Los más frecuentes son los dolores de espalda, cabeza, cuello y hombros pero también es frecuente un constante malestar o leve dolor general. Junto con la sensibilidad aumentada a los dolores habrá un decaimiento en el placer de la vida. Lo que antes solía ser divertido o placentero ya no lo es, cuando todos éstos síntomas coinciden: falta de sueño, fatiga, dolores y desgano, la persona se siente abrumada por la vida. La persona suele llorar con mayor facilidad y se siente deprimida, también se puede sentir angustiada con todos estos cambios fisiológicos (Ayuso, op. cit.).

Las respuestas fisiológicas según Burns (citado en Burns & Burns, 1997), pueden volverse perjudiciales y conducir a un proceso de enfermedad desarrollando una o varias de las siguientes patologías:

- Hipertensión: Si bien el estrés puede elevar la presión arterial, no está probado que alcance por sí solo para sostener la hipertensión. Sin embargo, puede actuar como disparador de la arterosclerosis.
- El estrés fisiológico y metabólico: Puede agravar el proceso de arterosclerosis en cualquiera de sus fases, elevando la presión sanguínea, aumentando la posibilidad de daños en el interior de las arterias. Se encontraron en pacientes con afecciones estables de las coronarias, las emociones negativas (frustración, tensión mental y la tristeza), se asocian

con una duplicación del riesgo del miocardio durante el transcurso de su vida cotidiana. Por el contrario, las emociones positivas (felicidad y autocontrol), se asocian con un menor riesgo de acontecimientos al miocardio.

- Enfermedades por estrés agudo: Aparecen en los casos de gran demanda donde el individuo debe solucionar muchas situaciones al mismo tiempo, aparecen de forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente reversible. Las enfermedades que habitualmente se observan en el aparato digestivo son: gastritis, úlceras de estómago, duodeno y colon irritado.
- Patologías por estrés crónico: La persistencia del individuo ante los agentes estresantes durante meses o aún años, produce enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y también de mayor gravedad. El estrés genera inicialmente alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce finalmente serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla en los órganos vitales.

A continuación se mencionan algunas de las alteraciones más frecuentes: dispepsia, migraña, gastritis, ansiedad, agresividad, accidentes, frustración, disfunción familiar, insomnio, neurosis de angustia, colitis nerviosa, adicciones, trastornos sexuales, trombosis cerebral, disfunción laboral, conductas antisociales, hipertensión arterial, psicosis severas, infarto al miocardio, depresión.

Si bien las respuestas al estrés se pueden estudiar en las dimensiones en que éstas se manifiestan, que son: psicobiológicas, fisiológicas y/o psicosomáticas, mentales y emocionales, y conductuales; la relación de éstas son las que de forma más frecuente se encuentran en las personas sometidas al estrés.

- Fisiológicas y/o psicósomáticas: Entre éstas se tiene: boca y garganta secas, tensión muscular, lumbalgia, dolor cervical, cefaleas, indigestión, diarrea o estreñimiento, tics, insomnio, hipertensión, palpitaciones, opresión respiratoria, alergias cutáneas, etc.
- Mentales o emocionales: Preocupación excesiva, ansiedad, falta de confianza en uno mismo, sentimiento de inutilidad, melancolía, olvido, sobresaltos, labilidad emocional, soñar despierto, falta de concentración.
- De conducta: Irritabilidad, intranquilidad, conducta impulsiva, dificultad para tomar decisiones, equivocaciones frecuentes, aumento repentino del uso del tabaco y del alcohol. Estos síntomas y signos ayudan a reconocer que el estrés está apoderándose de una persona y que es preciso actuar. Otros síntomas son: levantarse en la mañana sin energías, a pesar de haber descansado bien, sentir ganas de encerrarse y no comunicarse con nadie, estar de mal humor constantemente, falta de concentración, estar a disgusto en un trabajo donde siempre se sintió bien.

Si se sufren constantes dolores de cabeza, boca seca, confusión, se duerme en exceso o por el contrario, se padece insomnio, hay cansancio, fatiga, se está demasiado agresivo o irritable, se padece tensión muscular o indigestiones, puede que el exceso de estrés esté afectando. Combatir las consecuencias de vivir bajo tensión debe ser uno de sus objetivos principales si se desea proteger la salud física y mental. Para lograrlo los especialistas recomiendan una serie de medidas eficaces: relajación, meditación, aprender cuales son las propias limitaciones, comunicar abiertamente los problemas, tratar de darse los respiros cuando las situaciones son demasiado estresantes, buscar cierto tipo de compensaciones fuera del trabajo, etc. (Burns, & Burns, 1997).

Los efectos del estrés y sus consecuencias prolongadas, como se ha mencionado, varían con las características individuales, tienen diferentes sintomatologías, así como diversas estrategias y estilos de afrontar las situaciones estresantes.

## **2.5 FACTORES DESENCADENANTES DEL ESTRÉS**

Se hace necesario, señalar algunos aspectos para poder hacerle frente a una de las principales dolencias de este nuevo siglo. Para ello primero deben clarificarse los conceptos ya que el estrés se trata de una disfunción de muchos alcances cuya responsabilidad directa recae sobre las enfermedades psíquicas y físicas más comunes que afectan tanto a hombres como mujeres, la influencia del estrés sobre el deterioro de la salud es innegable (Valdez, & De Flores, 1985).

Estos autores mencionan los factores que desencadenan algunas situaciones estresantes que son frecuentes en la vida cotidiana que ni siquiera se está consciente de que lo son:

- Factores emocionales: Cuando existen pleitos, desacuerdos o conflictos que causen un cambio en la vida, la espera de noticias afectivas. Tomar responsabilidad por las acciones de otra persona, ocurren cambios en la vida sobre los cuales no se tiene ningún control, problemas de pareja o de relación con los hijos, el tomar responsabilidad por las acciones de otra persona es una fuente importante de estrés, así como de situaciones intelectuales en las cuales se ven presionados, resolución de pruebas aritméticas o nuevos problemas, rendir exámenes, exponer temas.
- Factores medioambientales y sociales: Los climas demasiado fríos o calientes también, pueden ser estresantes, la altitud de una ciudad al igual que la contaminación por toxinas o venenos que amenazan al cuerpo con

un cambio en el medio ambiente interno y los agentes externos: falta o exceso de luz; ruidos molestos exposición solar, también situaciones psicosociales como es emigrar o cambiar del lugar de residencia, mudanzas constantes, fallecimientos, situaciones laborales, despidos, cambios de empleo o funciones en el mismo trabajo, inseguridad laboral, competencia, exceso de obligaciones.

- Factores fisiológicos: Existen también otras situaciones que pueden ser estresantes como es la pubertad, el síndrome premenstrual, el post-parto, la menopausia, el estrés alérgico, una gripa, una fractura, una infección, un dolor de espalda, cambios en la condición física.
- Herencia al estrés: Existen personas que son más susceptibles al estrés porque han heredado una condición llamada "baja tolerancia al estrés". Estas personas tienen una falla en el funcionamiento de sus mensajeros alegres.
- Para las personas que han heredado el sobre-estrés tienen un nivel bajo en la escala de estrés que es suficiente para afectar sus niveles de mensajeros alegres y causar sobre-estrés. La mayor parte de las personas manejan el sobre-estrés como una condición transitoria, pero para un porcentaje menor de la población este problema es de por vida. En nuestra sociedad si una persona no puede manejar un nivel medio de estrés estará condenada a padecer de sobre-estrés permanentemente. Tales personas muestran señales de sobre-estrés al llegar a la adolescencia, que como ya se ha visto es un periodo es de mucho estrés. Cuando un niño ha heredado esta condición, al llegar a la adolescencia mostrará problemas de fatiga, insomnio, depresión, ataques de llanto y de angustia.

- El estrés equilibrado por el alcohol, azúcar, cafeína y un sin número de otros levanta-muertos lleva a la persona a una constante búsqueda de equilibrio que nunca llega a lograr. Esta baja tolerancia al estrés es una característica hereditaria y es muy evidente en ciertas familias, sin perder de vista el número de levanta-muertos y las situaciones en que las usa, esta condición se da en las familias en las cuales prevalece la automedicación. Debido a que el problema de herencia al estrés se ve en estas familias, también existen problemas tales como: insomnio, fatiga, depresión, angustia, etc., asimismo los miembros de estas familias habrán aprendido a "medicarse" con algún levanta-muerto y presentarán los estilos de vida desenfrenados para mantenerlo.
- Pubertad: Los grandes cambios hormonales de la pubertad son severas causas de estrés, ya que el cuerpo del adolescente cambia de forma, sus órganos sexuales comienzan a funcionar y nuevas hormonas comienzan a ser segregadas, la pubertad es muy estresante.
- Síndrome premenstrual: Una vez que la mujer ha pasado por la pubertad, su cuerpo ha sido diseñado para trabajar mejor en la presencia de hormonas sexuales femeninas. Para las mujeres que ya han pasado por la pubertad, la ausencia de hormonas es una fuente importante de estrés. Una vez al mes antes de la menstruación, los niveles de hormonas femeninas disminuyen abruptamente. En muchas mujeres el estrés causado por esta disminución de hormonas, es suficiente para causar un episodio de sobre-estrés temporal, el cual es conocido como síndrome premenstrual.
- Post-parto: En el embarazo las hormonas cambian dramáticamente. Después del parto o de un aborto, la ausencia de hormonas podrá causar un episodio de sobre-estrés.

- **Menopausia:** Existe otro momento en la vida de una mujer cuando los niveles de hormonas disminuyen, esto es durante la menopausia. El declive de hormonas durante la menopausia es leve y constante. Sin embargo, este declive menopaúsico es suficiente para causar sobre-estrés en muchas mujeres.
- **Estrés alérgico:** Las reacciones alérgicas son parte natural del mecanismo de defensa del cuerpo, cuando uno es confrontado con una sustancia que el cuerpo considera que es tóxica, éste tratará de liberarse de ella, ya sea atacándola o neutralizándola de alguna manera. Si esta sustancia llega a la nariz dará una gripa alérgica, si es una sustancia en la piel saldrán ronchas, si se inhala dará asma, si se ingiere saldrán ronchas en el cuerpo. Definitivamente la alergia es una fuente de estrés que requiere de grandes cambios de energía por parte del sistema inmunológico para luchar contra aquello que el cuerpo considera peligroso.
- **Forzando el cuerpo:** Una gran fuente de estrés es exigir demasiado de uno mismo. Si se está trabajando o divirtiéndose en exceso habrá reducido el tiempo disponible para descansar, tarde o temprano la pérdida de energía causará que el cuerpo se atrase en su capacidad de repararse a sí mismo. No habrá suficiente tiempo ni energía para que el cuerpo reponga aquellas células muertas o reestablezca los niveles neurotransmisores cerebrales. Si a pesar de esto se continúa derrochando energía, ocurrirán cambios permanentes. La lucha del cuerpo por mantenerse sano a pesar del desgaste energético excesivo es una “gran fuente” de estrés para el cuerpo.
- **El consumo de tabaco:** El tabaco es una fuerte toxina, fumar destruye las células que limpian la traquea, bronquios y pulmones. Fumar causa

enfisema y bronquitis crónica que paulatinamente van asfixiando a la persona. El monóxido de carbono que se encuentra en los cigarrillos causan una intoxicación crónica, dañan las arterias del cuerpo y causa que llegue menos sangre al cerebro, corazón y demás órganos vitales. El cigarrillo aumenta el riesgo de cáncer 50 veces. El masticar tabaco tampoco es saludable, también daña las arterias y tiene el mismo riesgo de cáncer (el cáncer de la cabeza y el cuello, es particularmente asesino), dañar el cuerpo con monóxido de carbono causa enfisema, bronquitis crónica y daño arterial que es una fuente poderosa de estrés ( Valdez, & De Flores, 1985).

Los efectos y consecuencias del estrés ocupacional pueden ser muy diversos y numerosos (Seward, 1990), algunas consecuencias pueden ser primarias y directas; otras, la mayoría, pueden ser indirectas y constituir efectos secundarios o terciarios; unas son, casi sin duda, resultados del estrés, y otras se relacionan de forma hipotética con el fenómeno; también pueden ser positivas, como el impulso exaltado y el incremento de auto-motivación; los siguientes efectos son los más comunes que se presentan en las organizaciones:

- Efectos organizacionales: Ausentismo, relaciones laborales pobres y baja productividad, alto índice de accidentes y de rotación del personal, clima organizacional pobre, antagonismo e insatisfacción en el trabajo.
- Estresores del ambiente físico: ruido, vibraciones, iluminación, temperatura, higiene, toxicidad, radiaciones, condiciones del desarrollo del trabajo, disponibilidad y disposición de espacio para el trabajo.
- Estresores por demanda del puesto de trabajo: trabajo por turnos y trabajo nocturno; sobrecarga de trabajo, tanto cuantitativa como cualitativamente, exposiciones a riesgos y peligros.



- Estresores de contenido del trabajo: oportunidades para el control y para el uso de habilidades, velocidad de la tarea, retroalimentación de la propia tarea, variedad e intensidad de ésta, complejidad del trabajo.
- Estresores de rol y relaciones interpersonales: ejercicio del rol, relaciones interpersonales y grupales, relaciones con usuarios y clientes, estresores grupales.
- Estresores relacionados con el desarrollo de la carrera: inseguridad en el trabajo, transición en la carrera, estresores de los distintos estadios del desarrollo de la misma (Seward, 1990).

## **CAPÍTULO III**

### **AFRONTAMIENTO Y SU DESARROLLO**

#### **3.1 ANTECEDENTES DE AFRONTAMIENTO**

Al comienzo del siglo XX, Osler (1910, citado en García, 1993), equiparó "estrés y tensión" con "trabajo duro y preocupación", y apuntó que podía existir una relación entre condiciones somatopsicológicas y el desarrollo de las enfermedades coronarias, al considerar equivalente el estrés con el trabajo duro y la tensión con la preocupación; además, su preocupación inicial se centró fundamentalmente en la respuesta biológica del organismo humano frente a los acontecimientos o situaciones vitales que le plantean demandas excesivas.

Cannon (1932, citado en Barrientos 1998), proporcionó una descripción básica de como el cuerpo reacciona ante las emergencias o ante un peligro; el organismo responde preparándose para atacar a la amenaza o para huir de ella, por eso se ha denominado a esta reacción "respuesta de lucha o huida", cuando esta respuesta se da, el sistema nervioso simpático estimula las glándulas adrenales del sistema endocrino que activan el organismo.

Según Cannon (1932, en Barrientos 1998), esta reacción puede tener consecuencias negativas o positivas, es una respuesta adaptativa porque prepara al organismo para que responda rápidamente al peligro, pero el estado de alta activación puede ser perjudicial si se prolonga. Se entiende, pues a ésta como una reacción de alarma que perturbaba el equilibrio interno del organismo, contextualizado como "sobrecarga", esta ruptura del equilibrio interno (homeostasis) que se suponía causante de la enfermedad. Entonces el organismo se encuentra con una situación que exige esfuerzo por parte del sujeto para poner en marcha sus "recursos de afrontamiento" biológicos, psicológicos y sociales.

Lazarus & Folkman (1986), resaltan la importancia de entender el afrontamiento como un proceso dinámico y no como un rasgo estático e invariable de la personalidad del individuo, distinguiendo entre esfuerzos de afrontamiento y conductas adaptativas automatizadas así como entre afrontamientos y resultados o dominio de la situación, ya que para ellos el afrontamiento sobrepasa con mucho la mera adaptación fisiológica pues implica por una parte aspectos cognitivos, emocionales y una valoración de la situación y por otra el afrontamiento; no necesariamente implica el dominio de la situación ni se restringe a los resultados finales del proceso, no se debe olvidar que en muchos casos las demandas de la situación dependen del tipo de valoración que hace el individuo, de manera que una situación puede resultar muy estresante para un individuo, mientras que para otro no lo es en absoluto.

Esta valoración es importante a la hora de determinar si un individuo sufrirá más o menos la reacción del estrés, las estrategias de afrontamiento que posea serán básicas para una respuesta adecuada. Donde influyen los acontecimientos vitales, la vulnerabilidad estructural, la demanda psicosocial, las circunstancias psicosociales, los sucesos, la vulnerabilidad psicobiológica, los estresantes que inciden y las características individuales, la persona ante un problema realiza una evaluación de demandas y recursos, hace una evaluación y organiza la respuesta, si percibe una amenaza la respuesta es el estrés, pero puede establecer estrategias de afrontamiento, esto es de inmediato, a medio o largo plazo y estarían dirigidas al problema, si la respuesta se controla mediante la cognición y el control por la relajación, no se produce estrés (Lazarus & Folkman, 1986).

Más concretamente Lazarus & Folkman (1986), definen el afrontamiento como las exigencias internas y externas creadas para dominar, reducir o tolerar dichas exigencias creadas por las transacciones estresantes. La forma propuesta por estos investigadores para evaluar el afrontamiento, es hacer que los sujetos reconstruyan situaciones estresantes recientes y describan lo que pensaron,

sintieron e hicieron para afrontar las distintas demandas de una determinada situación. Su medición de la evaluación se ha centrado en los conceptos de valoración primaria y secundaria.

Desde la perspectiva de los modelos cognitivos, las situaciones en sí mismas no son las que provocan una reacción emocional, sino que la variable desencadenante de tal reacción es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones o estímulos. El modelo de la valoración cognitiva (primaria) ha alcanzado una relevancia sobresaliente, con la aparición del estrés y otras reacciones emocionales que están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva, hacen que la persona realice una evaluación de sí mismo y de las consecuencias que tiene la situación. La valoración secundaria, se refiere a la capacidad de afrontamiento ("coping"), si la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación siendo éste un proceso psicológico que se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante.

Lazarus & Folkman (1986), plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo en determinados momentos debe contar, principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. Además mencionan que son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. El afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, interpretaciones o conductas que el individuo desarrolla para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

También conciben que una medición del afrontamiento como proceso debe de:

- Hacer referencia a pensamiento, sentimientos y actos específicos, y no solo a los informes de un individuo, de lo que podría o quería hacer.
- Ser examinada en un contexto específico.
- Ser estudiada en diferentes periodos de tiempo.
- El autoinforme como la primera fuente de datos sobre el estrés.

La persona pone en juego una gran diversidad de estrategias que pueden agruparse en tres categorías según Lazarus y Folkman (1986):

- Aquellos procesos encargados de disminuir el grado de trastornos emocionales, para lo cual, el individuo puede utilizar las siguientes estrategias: minimización, evitación, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos de eventos negativos.
- Aquellos procesos dirigidos a aumentar el grado de trastorno emocional, es decir potenciar el daño a la amenaza y favorecer que al sentirse más amenazado el sujeto reaccione y enfrente la situación.
- Aquellos procesos que al otorgarle un nuevo significado a la situación favorecen la reevaluación de la misma, con lo que en muchas ocasiones pierde su carácter amenazante y con ello su capacidad de desencadenar interacciones estresantes.
- El afrontamiento al problema y el afrontamiento dirigido al manejo de las emociones están tan estrechamente relacionadas que sería difícil considerar uno independientemente del otro, ya que forman parte de un mismo proceso.

Meichembaum (1982), establece el proceso de evaluación de afrontamiento y habilidades de solución de problemas en base a las siguientes técnicas:

- Entrevistas

- Autoregistros
- Evaluaciones conductuales
- Tests psicológicos

El afrontamiento puede servir de dos funciones (Cohen & Matthews, 1987), resolución de problemas y la regulación de la emoción, todo depende de los recursos de los que dispone una persona para hacer frente a situaciones o acontecimientos estresantes.

Incluso en aquellas personas que padecen una enfermedad grave, el reconocer su existencia y afrontarla activamente disminuye la ansiedad causada por la tensión que genera la enfermedad, proporciona una mayor calidad de vida, y puede estar asociado a una mayor esperanza de vida (Fawzy & cols. 1993).

El afrontamiento entraña siempre la adquisición de un cierto control de la situación que puede oscilar desde el dominio, hasta un ligero control de solo las emociones suscitadas por el evento estresante. Desde la perspectiva del afrontamiento, éste se identifica con el comportamiento amplio de las personas ante la diversidad de situaciones y experiencias a las que han de enfrentarse cotidianamente, también depende de la importancia que pudiera tener cada situación (Fierro,1996).

En las últimas décadas se ha recuperado el interés por el estudio de la influencia de las emociones y el comportamiento en el bienestar físico. Algunos de los estudios realizados (Kiecolt-Glaser & cols.1996), ponen de manifiesto que el estrés y las conductas aversivas pueden tener un impacto negativo sobre la salud, ya que disminuye la competencia inmunológica del individuo sometido a situaciones estresantes. No obstante, también se ha podido constatar que las

estrategias de afrontamiento pueden regular o mediatizar dichas consecuencias negativas para la salud.

Las dimensiones de afrontamiento se consideran disposiciones generales que llevan al individuo a pensar y actuar de forma más o menos estable ante las diferentes situaciones estresantes (Sandin, 1997).

Los estudios realizados por Viñas, Caparrós & Masegú, (1999), ponen de manifiesto que la utilización de estrategias de afrontamiento activas, es decir, aquellas que están orientadas o dirigidas a solucionar con todas sus fuerzas el problema están asociadas a un mejor bienestar físico.

Para hablar del proceso de afrontamiento, cabe mencionar que una gran parte de las investigaciones que realizaron los autores antes mencionados, han tenido como objetivo evaluar la importancia de este proceso en el manejo de situaciones estresantes crónicas o cotidianas, así como su importancia en el desarrollo de estrategias de afrontamiento para enfrentar situaciones aversivas o incómodas, también para hacer frente a enfermedades incurables y procedimientos médicos, que por sus características causan mucho dolor, incomodidad, angustia o miedo y estrés, la estrategias de afrontamiento tienen como objetivo mejorar la calidad de vida.

### **3.2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Es importante considerar y evaluar las estrategias de afrontamiento, así como el nivel de ajuste o adaptación propio ante una situación estresante o problemática. Ante la interrogante de que si un individuo tiene buenas estrategias de afrontamiento, entonces no tendría situaciones aversivas o estresantes; la respuesta sería revisar si el individuo tiene buenas estrategias de afrontamiento, puede estar mejor preparado para afrontar situaciones estresantes, pero es

posible que las demandas de la situación superen sus recursos, además puede ser que el individuo no valore sus recursos y los utilice adecuadamente o no.

Folkman & Lazarus (1980), definen las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos, tanto psíquicos como orientados hacia la acción, para manejar las demandas ambientales e internas y los conflictos entre ambas. Además señalan los siguientes elementos que intervienen en la formación de estrategias de afrontamiento:

- Materiales y económicos
- Vitales: salud y energía
- Psicológicos: creencias positivas
- Técnicas de solución de problemas
- Habilidades sociales
- Redes de apoyo social

La propuesta teórica de los autores (Folkman & Lazarus 1980) para interpretar las estrategias de afrontamiento, tienen en común el considerar que la interacción de estos procesos da como resultado, que las demandas de una situación puedan o no entrar en contacto con los individuos y desencadenar interacciones estresantes, así como un carácter específico y dinámico que cambia a través del tiempo y el espacio.

Feurstein, Labbé & Kuczmierczyk, (1986), ordenan las posibles categorías de afrontamiento en base a dos conceptos que son: el método usado y la focalización de respuesta. Según el método empleado, las respuestas pueden ser activas o evitativas. En función de la focalización pueden orientarse hacia la resolución del problema o bien hacia el control de las emociones. A su vez, cada una de estas respuestas pueden ser de carácter conductual o cognitivo.



Ante una situación de alarma, el individuo reacciona con una determinada emoción y es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento que serían: afrontamiento activo, afrontamiento pasivo y evitación. Otra clasificación básica podría ser: afrontamiento cognitivo y afrontamiento conductual. Finalmente, otra clasificación importante que se suele cruzar con la anterior es: afrontamiento dirigido a cambiar la situación y afrontamiento dirigido a reducir la emoción (Lazarus & Folkman, 1986).

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia y a las estrategias de afrontamiento, que pueden ser según Girdano & Everly (1986), adaptativas o inadaptativas. Las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, es decir que reducen el estrés al tiempo que promueven estados de salud, el ejercicio físico, la relajación, una alimentación adecuada, etc. y las desadaptativas o inadaptativas reducen el estrés a corto plazo (alcohol, y/o drogas, fumar, aislamiento social, etc.), pero sirven para erosionar la salud a largo plazo.

Se hace necesario establecer la diferencia entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento, los primeros son variables disposicionales individuales de cada persona que influyen sobre la elección de las estrategias de afrontamiento, y las estrategias de afrontamiento son las acciones concretas y específicas puestas en marcha para enfrentarse a la situación (Fernández-Abascal, 1997).

Por lo tanto, diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento, sería manejar a los estilos de afrontamiento como predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, también son los responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otro tipo de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las

estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997).

Se entiende pues, que los estilos y estrategias pueden ser puestos en marcha ante otras muchas experiencias que no tienen porque ser entendidas como estresantes, sino en aquellas formas en que el individuo hace frente a situaciones que le requieren movilización de esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales, manejando así la experiencia o situación incómoda en el intento de reducirla o eliminarla (Sandín, 1997).

Las estrategias de afrontamiento dependen de la evaluación y reevaluación así como de los cambios en las situaciones, por lo que pueden observarse diferentes etapas en el proceso, dichas etapas no son invariantes ni llevan una consecuencia siempre igual en todos los individuos pues la experiencia sugiere que hay diferencias sustanciales entre las personas, en cuanto a la regulación y duración de cada etapa ante diferentes situaciones; en general Lazarus y Folkman (1986) marcan al menos dos tipos de afrontamiento:

- El Afrontamiento dirigido al problema.
- El afrontamiento dirigido al manejo de las emociones.

Cada tipo de afrontamiento tiene su propio objetivo y modalidades, estableciendo una relación interactiva, a continuación se detallan los dos tipos de afrontamientos:

- Afrontamiento al problema: Este tipo de afrontamiento implica la manipulación de cada una de las series de estrategias que permitan al sujeto modificar las características del evento, de tal manera que éste deja de ser un problema y pierde su capacidad de desencadenar interacciones estresantes. El afrontamiento al problema tiene diferentes modalidades

considerando que el problema engloba un objetivo, se tienen que evaluar las características de las situaciones y buscar estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales y los obstáculos así como buscar procedimientos y recursos que de acuerdo a las características de la situación funcionen para modificar el evento.

- Afrontamiento dirigido al manejo de las emociones: Consiste en buscar estrategias que propicien cambios motivacionales y cognitivos en la persona tales como formas de valoración, búsqueda de distintos canales de gratificación y desarrollo de nuevas pautas de comportamiento y nuevos aprendizajes. Su objetivo es regular la respuesta emocional que se da como consecuencia de las demandas específicas de la situación.

Estudios realizados por Gil (1984) sobre modelos para el análisis del afrontamiento, consideran que deben de contener características e implicaciones teórico-metodológicas de diferentes modelos, por ejemplo el curvilíneo de Janis, de respuestas paralelas de Leventhal y el cognitivo de Lazarus, además encontró que el apoyo social y el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas permiten una mejor tolerancia y elevan la calidad de vida.

La delimitación conceptual de las estrategias de afrontamiento es menos precisa debido a las diferentes etiquetas verbales utilizadas, ya que su definición ha estado unida al desarrollo de instrumentos de medida de las mismas. Cabe mencionar los principales inventarios para evaluar las estrategias de afrontamiento como son: la tipología de Meichenbaum y Turk (1982); el "Inventario Multidimensional de Afrontamiento" de Endler y Parker (1990); el "Inventario de Tipos de Afrontamiento" de Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986); el "Catálogo de Afrontamiento" de Schreurs, Willige, Tellegen y Brosschot (1987); el COPE o "Estimación de Afrontamiento" de Carver, Scheier y Weintraub (1989); el "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" de Holroyd y Reynolds

(1982); y el "Inventario breve de Propensión a la Enfermedad" de Eysenck (1991) (citado en Fernández-Abascal 1997). Todos elaborados para dar una mejor información en cuanto a resultados de las estrategias de afrontamiento y es de llamar la atención cómo se ha evolucionado en el estudio de nuevas formas de enfrentarse a los problemas, en el estudio de los determinantes de personalidad, así como del dominio de situaciones amenazantes, entre otras.

### **3.3 PRÁCTICAS DE CRIANZA**

En el orden social se puede ver que la familia se encuentra determinada por la sociedad; el modo de vida familiar representa una parte integral de cómo se vive en sociedad; la familia como grupo social se encarga de desarrollar la ejecución de sus actividades y la estructuración de las relaciones sociales en la vida (Forcada, 1998).

Al tomar en cuenta los elementos anteriores, la familia funcional tiene un origen único e irrepetible, la funcionalidad proviene de una situación multicausal donde intervienen factores socioeconómicos (condiciones materiales de vida de la familia, total de ingresos y per cápita familiar), factores sociopsicológicos (modo de vida familiar, integración social, participación social, convivencia social), factores socioculturales (nivel educacional de los miembros de la familia), así como del funcionamiento familiar y de la propia salud individual de los miembros.

En la forma de afrontar los acontecimientos y conflictos internos y externos que se encuentran en continua transformación, es donde juegan un papel fundamental las potencialidades propias de la familia (recursos protectores) y las del medio (sistema de salud, redes de apoyo), estos elementos permiten arribar a la conclusión de que la situación específica de salud familiar se manifestará en el estado de salud, riesgo o de daño de la misma (Horwitz, 1985).

La familia es un proceso dinámico que se encuentra en un continuo equilibrio y siempre está retada al cambio, a los acontecimientos propios del ciclo vital y a los hechos o situaciones accidentales que producen cambios en la vida familiar; es la capacidad de adaptación, un llamado al reajuste familiar y la búsqueda del equilibrio. De igual modo se expresa en la satisfacción y en el bienestar de los miembros de la familia, la responsabilidad de sí mismo y de la familia, propiciando el crecimiento y desarrollo individual familiar, según las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo de la misma, dándose la capacidad de enfrentar de modo eficiente y adecuado los problemas y conflictos de la vida cotidiana, apoyándose mutuamente para asumir los cambios y ajustarse a ellos (Horwitz, 1985).

La familia es el primer contexto de socialización del ser humano y es un entorno constante en la vida de las personas, a lo largo del ciclo vital se irá entrelazando con entornos diferentes: escuela y amigos, entre otros. Es en el marco familiar donde se establecen las primeras interrelaciones y los primeros cambios comunicativos, y es ahí donde el niño interiorizará las normas del comportamiento social entre otros.

Se espera que la familia propicie un clima de seguridad emocional, si se entiende a la familia como un subsistema de la sociedad, la familia actuará como filtro de actitudes, normas e ideas del grupo social al que pertenece. La familia va a aportar elementos de construcción a los individuos en diferentes áreas como son:

- Comportamientos sociales (afecto, desarrollo emocional).
- Aprendizajes básicos (juegos y sus reglas).
- Sistema de control de comportamiento (disciplina, normas, valores).
- Microsistema como el conjunto de creencias, actitudes, tradiciones, valores, leyes que caracterizan la cultura o subcultura de la persona en desarrollo.

Muchas de las habilidades sociales necesarias para la adaptación comienzan a desarrollarse muy pronto. Estas primeras adaptaciones ocurren en el seno de la familia, así cuando el niño llega a la escuela ya tiene un bagaje social. La imagen que el niño construye de sí mismo va a estar mediada por la historia inicial de las relaciones con los otros.

Un segundo contexto, es la socialización en la escuela que abarca un periodo importante en la vida, donde el niño que irá desarrollándose se convertirá en adolescente y permanecerá de forma continuada durante muchos años en contacto con otros niños o adolescentes de diferentes familias. Las relaciones en la escuela tienen un carácter diferente a las relaciones familiares, entre ambos contextos debe darse una transferencia que facilite el desarrollo emocional en los entornos que la persona actúe directamente, éstos están caracterizados por tres aspectos:

- Actividades que realizan las personas implicadas.
- Roles o funciones sociales que se ponen en juego.
- Relaciones que mantienen entre sí.

El patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que el niño en desarrollo experimenta se dan en un entorno determinado, con unas características físicas y materiales particulares, son importantes para que sea expuesto a una diversidad de roles sociales y que a su vez pueda experimentar diversos roles y funciones sociales (Forcada, 1998).

Peterson (1989) realizó un interesante estudio sobre el proceso de afrontamiento en niños, para lo cual hizo una revisión de diferentes estudios sobre afrontamiento infantil, partiendo de la premisa de que el afrontamiento es contextual y cambia en términos del tiempo y el espacio, e incorporó los hallazgos de las teorías del desarrollo infantil para entender cómo al cambiar las

capacidades y habilidades del niño cambian también sus estrategias de afrontamiento y su forma de valorar los eventos.

Con respecto al afrontamiento Peterson (1989), encontró que se deben de considerar que algunas fuentes de aprendizaje de estrategias de afrontamiento son la escuela, la familia y la comunidad, por lo tanto los valores, actitudes y comportamientos que éstas expresen, influyen de manera importante en las estrategias de afrontamiento del niño; otro aspecto a considerar es que las estrategias de afrontamiento en el infante se desarrollan en base al desarrollo de competencia propias de la edad y por lo tanto es necesario estudiar dichas competencias para favorecer en el niño el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento acordes a su nivel de desarrollo.

Un aspecto importante que parece influir en el tipo de afrontamiento infantil juvenil es el contexto sociocultural en que se desenvuelven, el estilo de crianza, las características psicológicas de la familia a la que pertenece, así como los modelos de parentelas, marcos de valoración, mediación de los adultos, nivel de desarrollo, el rol sexual del joven, el contexto sociocultural de la familia y el medio en que se desarrolla la misma, estos factores también modifican el proceso de aplicar las estrategias de afrontamiento. Además se debe considerar que el afrontamiento de los jóvenes se da a partir de ciertas estrategias de afrontamiento y procesos de valoración de situaciones estresantes cotidianas que son relacionadas con la familia y aplicadas en todo su entorno social (Trianes, 1999).

### **3.4 AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES.**

Durante la adolescencia ocurren cambios drásticos a nivel físico, social y psicológico, estos cambios alteran generalmente el tipo y la calidad de las interacciones que los jóvenes desarrollan con las personas significativas de su entorno, padres, hermanos, maestros, amigos o adolescentes del sexo opuesto.

El adolescente debe hacer frente a una gran cantidad de demandas, familiares, sociales, escolares, afectivas, que según Mechanic (1983), cuando no se cuenta con las habilidades necesarias para lograrlo, pueden ocurrir una serie de interacciones aversivas cuyo desarrollo depende de la forma en que el adolescente aplique las estrategias de afrontamiento con que cuenta para utilizarlas ante las situaciones incómodas o problemáticas.

Los indicadores que pueden ayudar a pronosticar dichos comportamientos señalan concretamente que existe el desajuste entre el individuo y los sistemas que le rodean, especialmente en lo familiar, en lo educativo y en lo social y las mismas situaciones se han abordado desde muy distintos puntos de vista, desviaciones de personalidad, trastornos de conducta, etc. En esta etapa del ciclo vital, el joven se encuentra en condiciones óptimas para la maduración, éste no experimenta cambios de una manera rápida, sino que éstos se manifiestan lentamente. El estilo de vida y el comportamiento de los jóvenes pueden ocasionar serios problemas que afectan su salud, ya que existe una relación entre el comportamiento, la emoción, la cognición y la parte física (Pelechano, 1984).

Por lo tanto, es necesario que el joven posea o desarrolle aquellas conductas idóneas que le permitan tener relaciones interpersonales más satisfactorias. Las conductas que posibilitan lo anterior, han sido denominadas como estrategias de afrontamiento, y han sido definidas de distintas maneras, por ejemplo conjunto de conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones incómodas o aversivas, capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una sensación aversiva (Roth, 1986).

El manejo que el adolescente hace de situaciones en su vida cotidiana impacta su bienestar físico y emocional, favoreciendo en la carencia de estrategias de afrontamiento, la aparición de manifestaciones fisiológicas y psicológicas



asociadas a situaciones aversivas. Entre las manifestaciones fisiológicas que surgen de interacciones estresantes destacan los dolores de cabeza de tipo tensional, reportados frecuentemente por adolescentes (Patterson y McCubbin, 1987). Estos autores, encontraron que las principales estrategias de afrontamiento usadas por adolescentes ante las demandas de su entorno son:

- Consulta con amigos.
- Expresión de sentimientos.
- Búsqueda de apoyo social.
- Búsqueda de apoyo profesional.
- Búsqueda de apoyo familiar.
- Desarrollo del autoestima.
- Relajación.
- Búsqueda de actividades.
- Apoyo espiritual.

En los adolescentes existe un importante aprendizaje de formas de valoración y estrategias de afrontamiento obtenidas durante la infancia y en la misma adolescencia, además las características específicas de la estructura familiar también parecen favorecer ciertas estrategias de afrontamiento (Compas, 1987).

Esto fue demostrado por Bird y Harris (1990), quienes realizaron una investigación con adolescentes escolares de nivel medio, para evaluar la importancia del rol y la estructura familiar en las estrategias de afrontamiento durante la adolescencia temprana, para lo cual seleccionaron adolescentes pertenecientes a tres tipos de estructura familiar: familias nucleares con ambas figuras paternas, familias con una sola figura paterna y familias en las que los padres vivían separados pero seguían manteniendo contacto con sus hijos.

Encontraron que en los tres tipos de estructura familiar se desencadenaron interacciones estresantes entre el adolescente y sus padres, debido a la selección de amigos, uso del teléfono, comportamiento calificado por los padres como inmaduro, acceso al dinero y manejo del mismo, realización de quehaceres, peleas con los hermanos, higiene personal, apego a las reglas y rendimiento escolar.

La valoración y el afrontamiento ante estas situaciones se vio modificado por factores de género ya que independiente del tipo de estructura familiar las mujeres usaron más apoyo social y familiar y los hombres la expresión de los sentimientos, cabe aclarar que el uso de apoyo social ante situaciones estresantes se observó más en adolescentes con ambas figuras paternas, que en los otros tipos de estructura familiar, tras analizar todos sus datos, concluyeron que el género es importante, pero las diferencias significativas se dieron en función de la estructura familiar. El énfasis de su estudio, se sustenta en la probada y reconocida relación entre la carencia de estrategias de afrontamiento y habilidades sociales con malos manejos en situaciones incómodas o aversivas, teniendo manifestaciones de desórdenes conductuales en poblaciones de niños, adolescentes y adultos.

Entre los problemas conductuales más frecuentes se encuentran: la agresión, la conducta explosiva, la ansiedad heterosexual, las ansiedades no sexuales, las obsesiones y compulsiones, los desórdenes psicológicos en general, la delincuencia, la ausencia de hábitos de estudio adecuados para el aprendizaje, los bajos logros académicos y de la vida diaria, la conducta adictiva en sus distintas modalidades (alcoholismo, tabaquismo, etc.) entre muchas otras.

Se establece con ello un enfoque de salud psicológica donde se parte del supuesto de que el tipo y calidad de las relaciones interpersonales durante las primeras etapas de desarrollo (niñez y adolescencia) es con frecuencia, uno de los

posibles resultados patológicos y de inadaptación social en la vida adulta y que se manifiestan de forma más acentuada durante la adolescencia (Bird y Harris, 1990).

Los problemas de interacción social durante la adolescencia, tienen implicaciones para el presente y futuro de los jóvenes, la adolescencia en la sociedades es considerada como una etapa de preparación para la vida adulta, en la que han de realizarse diversas tareas de desarrollo, se requiere para ello del aprendizaje de estrategias de afrontamiento diferentes a las que se habían obtenido en la niñez. Sobre todo porque en esta etapa, los jóvenes tienen más oportunidades de adquirir actitudes, costumbres y un sistema de valores nuevo, que pueden coincidir o no con el aprendido en el seno familiar. Se vuelve necesario el aprendizaje continuo de nuevas y diferentes formas de afrontar la adaptación efectiva al medio social, permitiéndose así afrontar adecuadamente las distintas presiones y demandas sociales, de manera más saludable y responsable (Caballo, 1993).

La expresión de sentimientos y de otras conductas aceptables, son conductas aprendidas y aprobadas socialmente, las cuales dependen del contexto en el que se emiten, la edad, el sexo, la clase social y de quien las pone en práctica. De acuerdo a que “la conducta socialmente habilidosa, es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo, en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente, resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 1993. p.14).

De aquí surge la importancia de que el adolescente desarrolle o amplíe su repertorio de estrategias de afrontamiento para que aprenda a tomar decisiones propias, expresar opiniones, comportarse de forma asertiva, solucionar problemas, iniciar y mantener una conversación, dar elogios, mostrar afecto, hacer cumplidos,

entre otras. El no tenerlas, lo puede conducir hacia el desarrollo de un comportamiento equivocado con las normas sociales, nocivo para su salud o equivocado en el camino profesional, laboral o personal.

En el ámbito escolar se ve el espacio idóneo donde se pueden desarrollar programas de intervención preventiva, es en la escuela donde los jóvenes pasan la mayor parte del tiempo, pueden entrenarse en grupos y en ella aumenta la posibilidad de poner en práctica lo aprendido, sobre todo por el potencial de amistades que puede favorecer la realización de actividades compartidas, se trata entonces de relacionar las habilidades sociales, los estilos y estrategias de afrontamiento, con la gestión de las emociones, argumentando que puedan ser éstas y su manejo, las que anticipen las situaciones aversivas del sujeto adolescente (Compas, 1987).

Cabe mencionar diversos estudios que se realizaron (citados en, Fernández-Abascal, 1997), con población de adolescentes, donde se encontró una estrecha relación entre déficit de estrategias de afrontamiento y situaciones pro-sociales con ciertos trastornos de conducta, algunos de esos problemas se relacionan directamente con la salud, tales como la depresión (Spirito, Hart, Overhaiser y Halverson, 1990), los embarazos no deseados (Ritter; 1989; Schinke, Blythe, Gilchrist, 1981), las adicciones (Ríos, Guarneros, y Flores, 1994; Tejeda y Ríos, 1994), la anorexia, la bulimia, entre otros. Otros se vinculan con lo social, entre ellos se encuentran: la drogadicción y la delincuencia (Serna, Schumaker, Hazle, Sheldon, 1986), la agresión ( Wood, 1980). Otros más se asocian con las tareas de desarrollo, por ejemplo, la deserción escolar sobre todo cuando no existe una adecuada orientación vocacional, la autoestima (Englander, Jackson, Crane, Schwarz Kopf y Lyle, 1989), las aptitudes, resolución de problemas (Plienis, Hansen, Ford, Smith, Stark, Nelly, 1987), los valores, la inhabilidad para rechazar relaciones sexuales no deseadas (Smith, Nagle, Cansen, 1993).

Por otro lado, el acelerado desarrollo de la tecnología obliga al individuo a adaptarse a un ritmo de progreso mecanizado que lo escinde en su interacción con los demás, en cuyo caso el adolescente puede adoptar comportamientos incompatibles con la salud y el bienestar individual y social. Aunque dichos comportamientos pueden ser de naturaleza multicausal, la carencia de una amplia variedad de habilidades de afrontamiento, hacen más vulnerable a los adolescentes.

Entre las preocupaciones de nuestra sociedad, se halla el tema de las estrategias de afrontamiento para enfrentar conductas personales, sociales y escolares en los jóvenes, así como la prevención y detección de desajustes relacionados con la familia, la escuela y la comunidad que se manifiestan en los adolescentes y que pasarán a formar parte importante de la sociedad.

## **CAPÍTULO IV**

### **PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A.**

#### **4.1. ANTECEDENTES**

Un patrón de conducta es un modelo que integra características personales como son las creencias, actitudes, conductas y una determinada activación fisiológica. En la actualidad, se han definido tres tipos de patrón conductual relacionados a su vez con diferentes trastornos de salud: los tipos "A", "B", y "C". También, se investiga un nuevo perfil: el tipo "D" o personalidad de distrés.

El patrón de conducta tipo "C" se encuentra en individuos obsesivos, introvertidos, que interiorizan su respuesta al estrés. Según las estadísticas, presentan una mayor predisposición a contraer infecciones, alergias, varias dermatitis, reumas y hasta cáncer. Su respuesta ante el estrés afecta su sistema inmunológico.

Bajo el tipo "B" se encuentran sujetos relajados y abiertos a las emociones, tanto positivas como negativas. Hay una mayor participación en los mecanismos de adaptación o respuesta al estrés. Pero estos pueden ser desencadenantes, en algunos casos, de procesos neuróticos y depresivos.

Los individuos con un patrón de conducta tipo "A" presentan una respuesta autonómica al estrés (por la activación del sistema simpático adrenal) y están más propensos a padecer enfermedades cardiovasculares. El patrón de conducta tipo "A", posiblemente es el estudio más importante sobre la incidencia de los aspectos psicológicos en la enfermedad coronaria, observados en la práctica médica (Laham, 2003).

La presencia de una serie de conductas relacionadas con el estilo de vida y ligadas a varias enfermedades coronarias, fue percibida por algunos profesionales de la salud en sus pacientes a fines del siglo XIX, Van Dusch observó en 1868 que las personas que hablaban muy fuerte y que se involucraban excesivamente en el trabajo estaban predispuestas a la enfermedad coronaria (Rosenman, & Chesney, 1981).

Osler (1892; 1910) y Menninger & Menninger (1936), observaron pacientes coronarios caracterizados por conducta fuertemente agresivas. Aunbar (1943), Dunbar (1943), Kemple (1945), Arlow (1945) y Gildea (1949), implican fuertemente al estrés y la conducta agresiva en la enfermedad coronaria encontrando a sujetos ambiciosos y compulsivos buscando alcanzar metas que les otorgue poder y prestigio. En 1950 Stewart correlacionó nuevas condiciones de estrés con elevación de las tasas de enfermedad coronaria (citados en Del Pino & Pérez, 1993).

Fueron dos cardiólogos americanos Meyer Friedman y Ray Rosenman, quienes en la década de los 50's siguiendo sus investigaciones y partiendo de estudios clínicos acerca de la influencia que ejerce la conducta en el sistema nervioso central, observaron que el surgimiento y desarrollo de enfermedades coronarias en pacientes tenían una estrecha relación entre tensión nerviosa, exceso de competitividad y el tipo de alimentación que acostumbraban (la dieta resultó alta en colesterol).

En 1954 se tiene la primera idea vaga de lo que será el patrón de conducta tipo "A" (PCTA), cuando se le pide a Friedman y Rosenman que escriban un artículo sobre las enfermedades del corazón y el metabolismo del colesterol, es donde describen y dan nombre al patrón conductual de predisposición coronaria o también llamado patrón de conducta tipo "A".

En 1957 y 1959 luego de una serie de hechos de sus propios pacientes con enfermedad coronaria, comienzan a advertir que hay un grupo de sujetos que exhiben un agudo sentido de urgencia del tiempo y enfrentan agresivamente lo que ellos perciben como reto, junto con otras características como hostilidad, gran fluidez verbal, intensidad de voz, actividad psicomotora intensa, ambición y competitividad, construyendo así un síndrome que llega a ser típico de pacientes jóvenes y de mediana edad que presentan enfermedad cardiovascular, estos comportamientos atípicos y de riesgo se han estudiado aisladamente en trastornos coronarios. En 1959 se publica en el Journal American Medicine Association (J.A.M.A.), el primer artículo en el que se utilizan los términos conducta tipo "A" (presencia de las características) y tipo "B" (ausencia de las características) (Friedman & Rosenman, 1959).

Los componentes del patrón conductual tipo "A" (PCTA), son considerados como una serie de conductas que son generadas en personas susceptibles a sentirse desafiados por un determinado ambiente, también descrito como un complejo de acción-emoción; se aplica a los sujetos que poseen muchas aunque no necesariamente todas las características definitorias, de igual modo se puede observar en cualquier persona que se encuentre implicada de forma agresiva en una lucha incesante por alcanzar cada vez más cosas en el menor tiempo posible y manifestar sentimientos de lucha contra las limitaciones del tiempo, contra los esfuerzos opuestos de otras personas o cosas en el ambiente.

Las manifestaciones de esta lucha incluyen: habla explosiva y acelerada, ritmo de vida acelerada, gran impaciencia ante la lentitud, preocupación por sí mismos, gran insatisfacción con la vida, evaluación rigurosa del desempeño de las actividades de uno mismo, excesiva competitividad tendencia a desafiar y a competir con otros incluso en situaciones no competitivas y una hostilidad permanente hacia casi todo, aceleración de las actividades comunes, no buscan



descansar, estado de hiperalerta, tensión de los músculos faciales y ser hipersensible a estímulos en el ambiente.

Los sujetos tipo "A" responden frecuentemente a los diversos retos que perciben, con incrementos de frecuencia cardíaca, de tono de la piel o de presión arterial mayor a los observados en sujetos no "A", diversos retos producen diferentes patrones fisiológicos de respuesta, debido a las características de estos sujetos (competitividad, hostilidad, velocidad e impaciencia), se ha mencionado que todo sujeto presenta patrones de respuesta conductual y fisiológica que no varían mucho en el tiempo, además es necesario recordar que es muy frecuente encontrar la coexistencia de varios de estos factores, sin que se pueda señalar cuál de ellos sería el principal. Se puede decir y es posible afirmar que la presencia conjunta de varios factores haría más posible la aparición de la enfermedad coronaria y esto mostraría además que los problemas cardiovasculares generalmente son multicausales; todas las características mencionadas del sujeto integran el patrón conductual tipo "A", que define en forma global a este tipo de personas.

Este estilo dinámico de vida que llevan las personas con patrón conductual tipo "A", es canalizado usualmente en una vocación o profesión con tal dedicación que estos sujetos a veces niegan otros aspectos de su vida, tales como la familia o la recreación. No todos los aspectos de este patrón conductual se presentan simultáneamente. El patrón tipo "A", no es un rasgo de personalidad ni una reacción de estrés, sino la conducta observable que emerge cuando una persona predispuesta es confrontada con una situación de reto (Friedman & Rosenman, 1976).

Glass (1977), menciona que es posible pensar que el sujeto con patrón conductual tipo "A" acumule los efectos del estrés de la vida para la aparición de la subsecuente enfermedad, también propuso que las condiciones ambientales de

reto o incontrolables tienden a disparar o intensificar sus reacciones psicofisiológicas, en personas susceptibles a condiciones que marca la conducta tipo "A".

La conducta tipo "A" constituye una amplia gama de elementos cognitivos, emocionales y estilos personales de funcionamiento de un individuo. Algunos investigadores la conceptualizan como una variable continua, mientras que otros como Matthews (1982), argumentan que no debe ser tratada como tal, sino como una tipología ya que hay diferencias tanto cuantitativas como cualitativas entre la conducta tipo "A" y tipo "B". Aunque la conducta tipo "A" está formada por todos y cada uno de los factores mencionados.

También lo indica Price (1982), es muy difícil que un individuo exhiba todos estos componentes, de hecho parece que todas estas características no tienen el mismo peso en la enfermedad cardiovascular.

Powell (1984), conceptualiza el estilo de vida tipo "A" como un fenómeno multidimensional que presenta respuestas fisiológicas, conductuales y cognitivas de hiperreacción ante situaciones estresantes, así como actitudes características acerca de la vida en general.

Dembroski & Costa (1987), mencionan algunas de las características que se han estudiado y encontrado en los sujetos que presentan patrón conductual tipo "A" :

- Tipo de sujeto: Las características en el sujeto son: impaciencia, velocidad excesiva, urgencia temporal, esfuerzo por el logro, agresividad, hostilidad, habla y gesticulación brusca, compromiso excesivo con el trabajo. Bajo situaciones similares, personalidades de estas características están dispuestas a percibir las situaciones como más estresantes que las personal con características de tipo "B".

- Locus de control: Esta característica distingue entre personalidades con locus de control interno, que tienden a creer que los eventos de la vida son controlados por las propias acciones, y locus de control externo, que creen que el control se debe al azar o al destino. Los tipo "A" manejan en la mayoría el locus de control interno.
- Neuroticismo/ansiedad: Estas características de personalidad están muy relacionadas con el estrés. En general, existe evidencia empírica de que las personas que perciben los estímulos como más amenazantes y ansiógenos son más vulnerables a situaciones de disparo.
- Características cognitivas: Las aptitudes cognitivas o capacidades cognitivas mediatizan el proceso de cómo enfrentar la situación de excesiva competitividad. Los estilos cognitivos como dependencia e independencia de campo, también mediatizan la forma en que una situación sea o no determinante.
- Tolerancia a la ambigüedad: Es frecuente encontrar que una misma situación para una personas represente competitividad o desafío y para otras no, estas situaciones pueden ser consideradas como detonadores para personas con baja tolerancia a la ambigüedad.
- Personalidad resistente: Son personas fuertemente resistentes, tienden a creer en la verdad, dar importancia y valor a lo que están haciendo, esto se ve reflejado en diferentes ámbitos de la vida. Este punto se refiere a la tendencia a creer y actuar de modo que uno puede influir sobre el curso de los eventos.

De un tiempo a la fecha se ha vuelto evidente la correlación entre estos factores y la aparición de enfermedades cardiovasculares, sin embargo debe aclararse que quien presente alguno de estos factores justamente se encuentra en riesgo de padecer posteriormente alguna enfermedad cardiovascular, pero el riesgo es relativo. Si bien en algunas ocasiones puede demostrarse la correlación directa entre un factor de riesgo y la enfermedad, esto implica la necesidad de valorar cuidadosamente a todo sujeto (Dembroski & Costa, 1987).

Así pues, la correlación entre estos elementos y la aparición de alguna enfermedad cardiovascular permite la identificación de los denominados factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, que son: alto nivel de colesterol, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, ingesta excesiva de sal, factores hereditarios, estrés y la presencia del patrón conductual tipo "A".

Sin embargo, esta mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares y su estudio cuidadoso a través de historias clínicas, de estudios epidemiológicos y el seguimiento de pacientes ha permitido establecer la existencia de una serie de factores biológicos, conductas específicas, hábitos y estilos de vida coincidentes con enfermedades cardiovasculares.

## **4.2 FACTORES FISIOLÓGICOS**

En el siglo XX se encontró un fuerte incremento en la aparición de enfermedades cardiovasculares, esto se debió a una mayor cobertura médica de atención a la población, a un mejor diagnóstico por parte de los médicos y a la existencia de medios auxiliares de diagnósticos cada vez más sofisticados como las radiografías, el electrocardiograma de reposo, el electrocardiograma de esfuerzo, el vectocardiograma, la coronariografía, el ultrasonido, la resonancia magnética nuclear, etcétera.

Estudios cardiovasculares correlacionados con trastornos endocrinos y gastrointestinales, han contribuido a establecer las relaciones existentes con enfermedades del corazón; las autopsias han demostrado la asociación entre el patrón conductual tipo "A" y la severidad de la aterosclerosis (se reduce la cavidad interior de las venas) (Friedman, 1968). También Friedman (1969), Zyzanski (1976), Frank (1978), Blumenthal (1978), Williams & cols. (1980) y Krantz (1981), proponen que la excesiva excitación simpática, así como la progresión del proceso aterosclerótico sean postulados como los principales mecanismos que contribuyen al desarrollo de las enfermedades coronarias, estos hallazgos han posibilitado el sostén de status de factor de riesgo coronario para el patrón conductual tipo "A" (citados en Cooper, 1981).

Rosenman & Chesney (1981), sugieren que los sujetos tipo "A" presentan tasa cardíaca más elevada, mayor presión arterial sistólica (alta) y diastólica (baja), además de presentar mayor vasoconstricción periférica y cambios electrocardiográficos, durante tareas de tiempo de reacción, solución de problemas, exposición a ruidos o a factores aversivos no controlados, en pruebas de desempeño psicomotor. Por lo general, las respuestas más elevadas ocurren en hombres, más que en mujeres. Los resultados anteriores señalan que sujetos tipo "A" no tienen una hiperactividad intrínseca, sino que presentan una hiperrespuesta que puede estar causada por una mayor percepción de los estresores como retos.

Debe notarse que existe evidencia que reporta a los sujetos tipo "A" como hiperrespondientes a los estresores, dándose esta hiperrespuesta fundamentalmente en el sistema cardiovascular. Si estos sujetos experimentan elevados niveles de excitación del sistema nervioso autónomo y esta excitación autonómica produce inmunosupresión, ésta puede incrementar la susceptibilidad a una variedad de patógenos, por lo que los sujetos tipo "A" están en mayor riesgo de padecer enfermedades infecciosas (Rosenman y Chesney op.cit.)

Matthews (1982), Houston, Smith & Cates (1989), en algunos estudios suponen que la excitación simpática excesiva es la vía fisiológica que une a la

conducta tipo "A" con la aterosclerosis coronaria. Lo atractivo de esta hipótesis es la conexión entre el patrón conductual tipo "A" y la excitación simpática que se ha establecido.

Lovallo & cols. (1986), señalan que los sujetos tipo "A" presentan un nivel más elevado de concentración de la hormona hipofisaria ACTH que los sujetos calificados como no "A", así como una mayor excreción de noradrenalina y de testosterona. Esto sugiere que los sujetos tipo "A" pueden mostrar más signos de estrés que otros sujetos. Según la medición que realizan multiplicando la tasa cardiaca por la presión arterial, los sujetos tipo "A" presentan una gran elevación en la demanda de oxígeno por el miocardio, condición que permitiría justificar un mayor trabajo cardiaco, y esto elevar la probabilidad de aparición de la enfermedad coronaria. Así también en una entrevista encontraron que los sujetos con patrón conductual tipo "A" se autorefieren a que presentan una mayor vasoconstricción cutánea (moretones en la piel), lo que sugiere altos niveles tónicos de actividad cardiovascular, se muestra una mayor excitabilidad del sistema nervioso, todo esto se refiere por aislado; pero cuando se asocia con el patrón conductual tipo "A" puede crear una combinación predisponente de riesgo coronario.

Scherwitz, Gram, Grandits & Billings (1987), encontraron que aquellos sujetos tipo "A" que frecuentemente mencionaban "yo, mío, de mí, a mí", presentaban cifras de presión arterial sistólica (alta) mayor y tasa cardiaca más elevada que aquellos sujetos tipo "A" que se autorreferían con menor frecuencia a los términos "yo, mío, de mi, a mí" y por supuesto que los sujetos no "A".

Alarcón (1994), menciona que los sujetos con patrón de conducta tipo "A", con respuesta explosiva al estrés, poseen mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares por la activación de las catecolaminas. A su vez tienen con frecuencia un descontrol en el colesterol y acumulan asimismo otros factores de riesgo, como obesidad, nicotínismo e hipertensión.

Existen reportes de que la aterosclerosis y el patrón conductual tipo "A" no se restringen a las coronarias, por lo que no es sorprendente que se reporte

enfermedad cerebral o vascular periférica tanto como coronaria, así como el riesgo más elevado de tener accidentes o morir violentamente por la impaciencia, hostilidad y agresividad.

Se ha prestado poca atención al patrón conductual tipo “A” y el riesgo o la presencia de enfermedades no coronarias, también debe de pensarse en el patrón tipo “A” como un factor general de riesgo para la salud. Por una parte, el sujeto tipo “A” es descrito como ambicioso, de paso vigoroso, de arduo trabajo. ¿Podría alguien con una constitución física pobre y con enfermedades frecuentes mantener ese estilo de vida?. Se requiere que el sujeto tipo “A” tenga una salud relativamente buena para desempeñar todas las actividades que tenga programadas o estar dispuesto para reaccionar ante el estímulo desencadenante de la conducta tipo “A”.

#### **4.3 FACTORES SOCIALES**

Estudios realizados mencionan que las actitudes de los padres, sus conductas y los patrones de desempeño, influyen y juegan un papel importante en el desarrollo de algunas facetas de este patrón conductual, incluyendo la competitividad y el alcanzar metas, ya que el comportamiento modelado y el condicionamiento afectan significativamente las conductas agresivas y competitivas de los niños (Bortner, Rosenman & Friedman, 1970).

Existen similitudes entre niños de la misma familia que presenten patrón conductual tipo “A”, este patrón se desarrolla con mayor facilidad en niños hijos de padres con elevados niveles educativos y estatus ocupacional alto, así como en niños que viven en ciudades respecto a los que viven en provincia y en hombres respecto de las mujeres. También encontraron que los padres que habían sido clasificados como tipo “A” tendían a tener hijos que eran clasificados como tipo “A” por el Bortner Performance Battery (Bortner, Rosenman & Friedman, 1970).

En los resultados de Bortner, Glass, Matthews y Rosenman (1977), no encontraron correlaciones padre-hijo, pero si encontraron correlaciones significativas madre-hijo. Los diferentes patrones de correlaciones progenitores-hijos encontrados en estos dos estudios podrían deberse a las diferentes técnicas de evaluación utilizadas.

El patrón conductual tipo "A" es un estilo de respuesta que obliga a un sujeto a desempeñarse a su máxima capacidad crónicamente, con hiperrespuesta ante los retos o lo que siente como amenaza, el patrón conductual tipo "A" es una relación que se da entre ciertas conductas y el ambiente. Existen otras razones para pensar que el sujeto con patrón conductual tipo "A" pueda presentar enfermedades no cardiovasculares, ya que han sido descritos estos sujetos como tratando de llenar el día con más tareas y retos de los humanamente posibles, por lo que puede presentar malos hábitos alimenticios y problemas gastrointestinales.

Hay algunos aspectos del patrón conductual tipo "A" que sugieren que estos sujetos tienen recursos sociales más pobres que otros sujetos. La hostilidad, competitividad y urgencia de tiempo puede impedir en buena medida la formación o extensión de redes de interacción y soporte social y estas pobres redes se asocian con salud física y psicológica pobre. En suma, la combinación del estilo de vida apresurado con un soporte social deficiente puede contribuir a elevar el riesgo de padecer enfermedad física entre los sujetos con el patrón conductual tipo "A".

Glass (1977), señala que la conducta tipo "A" es fundamentalmente una respuesta de afrontamiento que se utiliza para enfrentarse ante una amenaza de pérdida de control, los sujetos tipo "A" han interiorizado profundamente que la sociedad establece el control del ambiente, el aspecto positivo de la conducta tipo "A" está orientado hacia el ascenso de la autoestima y el aumento del reforzamiento social el aspecto negativo es que la amenaza que siente la persona ante la pérdida del control, esto implica un esfuerzo físico y mental para elevar la competitividad, de tal modo que el estilo de afrontamiento habitual del sujeto con



el patrón conductual tipo "A" es la hiperrespuesta fisiológica (respuesta rápida) y psicológica con episodios de desamparo e hiporrespuesta (respuesta lenta). De acuerdo con este razonamiento, el patrón conductual tipo "A" puede reforzar la patología provocada por el estrés.

Se ha establecido correlación y validez predictiva entre el patrón conductual tipo "A" y la enfermedad coronaria en adultos, mientras que se sabe poco respecto de diferencias observables en la salud de niños y adolescentes, estas diferencias son menos claras debido en parte a la ausencia de evidencias fisiológicas de enfermedad coronaria en los menores y debido a la ausencia de investigación longitudinal en muchas enfermedades que empiezan en la infancia y adolescencia, se sabe poco de la relación que pueda existir entre el patrón conductual tipo "A" en niños y el riesgo de enfermedad coronaria que puede desarrollarse en estos niños hasta llegar a la adultez (Matthews & Angulo, 1980).

En la conducta de los niños, se observa que tratan de imitar a la de los adultos con muestras de gran competitividad, agresividad, sin descanso e impaciencia. Por estas razones es válido pensar que el medio social represente un papel de mayor importancia que el genético en el desarrollo del patrón conductual tipo "A", se puede deducir que éste se origina en la infancia y que los factores culturales y sociales juegan un papel importante como antecedentes para el desarrollo del patrón conductual tipo "A". No todas las características tipo "A" son de tendencia a la enfermedad coronaria, no se sabe con exactitud cuándo o cómo las conductas tipo "A" inician y comienzan a ejercer su influencia patológica aunque el origen de la enfermedad coronaria aparentemente empieza en la primera o segunda década de la vida (Matthews & Angulo 1980).

Price (1982), hace mención a las predisposiciones que determinados sujetos tienen en cuanto a sus actitudes y el modo de afrontar situaciones condicionadas por la escala de valores en uso en una sociedad determinada. Así,

el patrón de conducta de un sujeto reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica. También sugiere que el patrón conductual tipo "A" se desarrolla para ayudar a afrontar creencias y miedos asociados con valores socioculturales, alcanzar y orientar metas y valores materiales, estas creencias y los miedos promueven y mantiene gradualmente el patrón conductual tipo "A", que surge desde la niñez a través de la familia, la escuela, el medio ambiente y la sociedad en que se desarrolle.

#### **4.4 ESTRÉS Y PATRONES DE CONDUCTA TIPO "A"**

El estrés ha sido frecuentemente vinculado con el patrón conductual tipo A", por la exposición a interacciones estresantes intensas o prolongadas que alteran el funcionamiento del sistema nervioso, sin embargo existen otros sistemas del cuerpo que también se ven afectados por este tipo de interacciones, uno de ellos es el sistema circulatorio ya que se ha demostrado que un estilo de vida en el que abundan situaciones estresantes puede conducir al desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Existen evidencias que marcan este patrón conductual como un almacén potencial de los efectos del estrés, mientras que por otra parte se señala que la presencia de este patrón funciona como amortiguador del estrés, también señalan que son muy pocos los estudios que existen así como escasa consistencia entre variables para sacar conclusiones (Schmieder & cols. 1983).

Se necesita un equilibrio psicológico y social, al igual que una homeostasis fisiológica. Cuando algo rompe las pautas de comportamiento y modo de vivir, se emplean mecanismos, habituales para solucionar los problemas y reestablecer el equilibrio. Una situación nueva en la que las pautas de respuesta habituales son inadecuadas para manejarla conduce a un estado de desorganización, a menudo acompañado de ansiedad, miedo, culpabilidad u otros sentimientos desagradables

que contribuyen todavía más a la desorganización emocional y conductual (Jorgensen & Dusek, 1990).

Cuando se percibe una situación como difícil o penosa, ocurren cambios en la mente y en el cuerpo que nos preparan para responder ante el peligro. El responder “peleando, huyendo o quedándose inmóvil”, incluyendo el aumento en los latidos del corazón y en el número de veces que se respira, aumenta la cantidad de sangre que fluye hacia los músculos de los brazos y de las piernas, se enfrían y sudan las manos y los pies, se revuelve el estómago y/o se siente terror o pavor. El mismo mecanismo que crea la respuesta al estrés lo puede terminar, tan pronto se decide que una situación ya no es peligrosa, pueden ocurrir cambios en la mente y en el cuerpo que ayudan a relajarse y calmarse. Esta “respuesta relajante” incluye la disminución en los latidos del corazón y de la respiración y una sensación de bienestar.

El estrés afecta a la conducta provocando cambios en ella que a su vez perturban la salud de la persona, el estrés puede producir también una conducta de enfermedad, aunque sin producir realmente la enfermedad. Este es el caso cuando el estrés genera una variedad de síntomas (ansiedad, depresión, fatiga, insomnio, fallos de atención, etc.). Algunas personas interpretan estos síntomas como “signos” de enfermedad y llevan a cabo “conductas de enfermedad”, como buscar tratamiento y ayuda médica (Jorgensen & Dusek, 1990).

La práctica médica ha constatado por años las enfermedades producto del estrés, los estilos de vida actuales son cada día más demandantes, esto lleva al hombre moderno a incrementar en mucho sus cargas tensionales y produce la aparición de diversas patologías (Bayes, 1991).

Investigaciones realizadas por Hoffman, Levy, Solhberg & Zarizki (1992), han demostrado que las personas que experimentan altos niveles de estrés

tienden a realizar comportamientos que aumentan su posibilidad de caer enfermos o tener accidentes. Las investigaciones tratan de comportamientos realizados para afrontar el estrés que habitualmente tienen eficacia a corto plazo, pero que producen unos efectos negativos a largo plazo.

El estrés dispara un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y/o social de una persona y que puede llegar a conducir a la muerte. En la mayoría de las sociedades y culturas se otorga a la salud un valor muy alto. Por tanto, la aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento estresante. En mayor o menor medida produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio, que es en último extremo, lo que se denomina situación estresante (Hoffman, Levy, Solhberg & Zarizki (1992).

Hay sujetos que son muy controlados “por fuera”, pero en realidad responden orgánicamente como tipo “A”. Por ello, se ha tratado de crear diversas escalas para valorar el estado de estrés, la importancia de identificar cada grupo de sujetos está basada en diversas investigaciones realizadas por Alarcón (1994), donde observó que los sujetos tipo “A”, son ansiosos y tienen tendencia a la hostilidad, a la dominación, por lo general son propensos a sufrir más frecuentemente enfermedades coronarias. Los efectos del estrés y sus consecuencias prolongadas como se ha dicho, varían con las características individuales, tienen diferentes sintomatologías, así como diversas estrategias y estilos de afrontar las situaciones estresantes, en cuanto a sus características de personalidad se ven reflejadas más claramente en la edad de la adolescencia hacia delante, el interés de conocer estas relaciones es el de prevenir efectos de ciertos estresores sobre el sujeto.

#### 4.5 PCTA EN ADOLESCENTES

Recientemente, el interés por el patrón de conducta tipo “A” se ha extendido del adulto (donde se originó) al de los niños y adolescentes (Matthews, 1977; Matthews y Angulo, 1978), en el área educativa y específicamente en la escuela, donde su manifestación resulta más evidente y de consecuencias con mayor trascendencia. En la adolescencia la ansiedad puede comprometer el desempeño escolar, deportivo y manifestarse como preocupación excesiva por eventos catastróficos o de marcado perfeccionismo. Los adolescentes al igual que los adultos, pueden experimentar estrés todos los días y se pueden beneficiar de aprender las destrezas para manejar el estrés. La mayoría de los adolescentes experimentan más estrés cuando perciben una situación como peligrosa, difícil y dolorosa y ellos no tienen los recursos para enfrentarla o abordarla.

Los cambios en el ámbito cognoscitivo en el adolescente son importantes porque según Ginsburg & Opper (1977), el enfoque genético evolutivo de Jean Piaget del pensamiento formal, se inicia entre los once y doce años y se consolida durante la adolescencia. Entre las características del pensamiento formal destacan su flexibilidad así como la posibilidad de establecer y ensayar un gran número de combinaciones que le permitan adaptarse a su realidad y solucionar problemas. También menciona que la plena capacidad del pensamiento operacional formal se retrasa por dos preocupaciones básicas de la adolescencia: estar consciente de los cambios físicos y estar enamorado de posibles ideales y por ello resistirse a aceptar la realidad.

Souza (1988), afirma que algunos cambios físicos y fisiológicos pueden despertar en el adolescente satisfacción y orgullo, mientras que otros son motivo de crítica, como por ejemplo la falta de coordinación motriz, su apariencia y su tono de voz, haciendo que se sienta avergonzado e incómodo, así también la diferencia en el ritmo de crecimiento puede ocasionar conflictos en el adolescente.

Existen importantes datos según los cuales el patrón de conducta tipo "A" en niños y adolescentes se traduce en comportamientos poco adecuados en el rendimiento académico escolar, los cuales pueden llegar incluso a distorsionar el desarrollo correcto del grupo académico entero. Es verdad que parece haberse encontrado entre adolescentes un comportamiento inverso a las pautas de conducta que prevalecen en la vida académica. En la adolescencia se presentan grandes cambios, físicos, fisiológicos y en las esferas cognoscitiva, socioafectiva y educativa. Cambios que inician en la pubertad haciendo este periodo difícil y de gran vulnerabilidad, pero también de grandes oportunidades de cambio y avance intelectual, físico, social y moral en que el individuo conquista un sentimiento de identidad (Whalen , Henker, Hinshaw & Granger, 1989).

Merino (1993), menciona que durante la adolescencia existe una interacción constante entre lo físico, fisiológico, los cambios en la relación familiar, social y los cambios cognoscitivos y emocionales, lo cual produce una mezcla de sentimientos positivos y negativos que crean en el adolescente periodos de gran orgullo y alta autoestima que alternan con periodos de reflexión sobre sus propias capacidades o límites, lapsos de frustración, derrota y baja autoestima.

Derivado de su trabajo con adolescentes de nivel educativo medio superior y superior, Merino (1993) afirma que dada la capacidad de pensamiento abstracto conquistada en la adolescencia, puede ir de la acción a la interiorización (vía procesos de asimilación y acomodamiento) y del pensamiento o interiorización a la acción, puede crear hipótesis, planear formas de comprobar dichas hipótesis, hacer teorías de lo que acontece a su alrededor y su pensamiento se torna más flexible y versátil, pudiendo interpretar un problema de diversas maneras desde diferentes perspectivas, todo lo cual repercute en varias esferas de la vida del adolescente porque su creciente capacidad de abstracción del mundo cotidiano, del inmediato y familiar, de su sociedad, nación y universo mismo; en este sentido

el adolescente hace analogías, compara, descubre contradicciones y se torna más crítico.

Según Jorgensen & DuseK (1990), las demandas y frustraciones de la escuela, los pensamientos y sentimientos negativos sobre si mismos, los cambios en sus cuerpos, los problemas con sus amigos, el vivir en un ambiente vecindario poco seguro, la separación o divorcio de sus padres, una enfermedad crónica o problemas severos en la familia, la muerte de un ser querido, el mudarse o cambiar de escuela, el llevar a cabo muchas actividades o el tener expectativas demasiado altas, los problemas financieros de la familia, etc., hacen que algunos adolescentes se sobrecarguen de estrés. Cuando ello sucede, el estrés manejado de manera inadecuada puede llevar a la ansiedad, el retraimiento, la agresión, las enfermedades físicas, o destrezas inadecuadas para confrontarlo tales como el uso de las drogas y/o alcohol.

Mediante el uso de técnicas los adolescentes pueden comenzar a manejar el estrés, si un adolescente muestra indicios de que está demasiado tenso, una consulta con un psicólogo o con otro profesional de la salud mental capacitado puede ser de gran ayuda (Jorgensen & DuseK, 1990). Los adolescentes que desarrollan la “respuesta relajante” y otras destrezas para manejar el estrés se sienten menos indefensos y tienen más alternativas que cuando responden al estrés sin ninguna destreza, algunas de estas son:

- Evitar el exceso de la cafeína, la cual puede aumentar los sentimientos de ansiedad y agitación.
- Evitando el uso de las drogas ilegales, el alcohol y el tabaco; aprendiendo ejercicios de relajación (respiración abdominal y técnicas de relajación de los músculos).
- Aprendiendo destrezas prácticas para enfrentarse con la situación, por ejemplo dividir una tarea grande en porciones pequeñas que sean más fáciles de realizar.

- Disminuyendo el hablarse de manera negativa a si mismo, retando los pensamientos negativos sobre uno mismo con pensamientos neutrales o positivos.
- Las actividades como escuchar música, hablar con un amigo, dibujar, escribir o pasar un rato con un animal domesticado, pueden reducir el estrés.
- Estableciendo un grupo de amigos que puedan ayudarle a hacer frente a las situaciones de manera positiva.

En la sociedad actual existe incremento del patrón conductual tipo “A”, esto se da por recompensar conductas de aquellos sujetos que se comunican y desempeñan más rápida y agresivamente. La presencia del patrón conductual tipo “A” fue elevada a nivel de factor de riesgo cardiovascular por la American Heart Association apenas en el año 1981 y de ahí a la fecha se le ha prestado gran interés en los Estados Unidos de Norteamérica y parcialmente en países europeos. En América Latina y México es escasa la investigación al respecto, así como los estudios o investigaciones que se refieren a los adolescentes, por tal motivo el presente capítulo da a conocer algunos elementos básicos del comportamiento del patrón de conducta tipo “A”.



## **CAPÍTULO V**

### **REPORTE DE INVESTIGACIÓN**

#### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Medir el PCTA, el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento en adolescentes de secundaria, y determinar si el PCTA se relaciona con el nivel de estrés y con las estrategias de afrontamiento que emplean los adolescentes.

#### **Objetivos específicos**

Por medio de dos instrumentos de evaluación del patrón de conducta tipo "A", determinar si existe presencia de PCTA en adolescentes y si tiene algún tipo de relación con el nivel de estrés en adolescentes de secundaria.

Determinar si la presencia de PCTA, tiene relación con las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes de secundaria.

#### **5.2 MÉTODO**

**Muestra:** 248 adolescentes de 12 a 16 años, de ambos sexos, pertenecientes a los grados 1°, 2° y 3° de secundaria.

**Materiales:** formatos de cuestionarios, inventarios.

#### **Instrumentos de Evaluación:**

- Cuestionario de Orientación de Afrontamiento en Adolescentes ante Experiencias Problemáticas (A-COPE) (Petterson & McCubbin, 1987) (anexo 1).
- Inventario de Eventos Microestrés (Ham & Larson, 1990) (anexo 2).

- Cuestionario de evaluación Patrón Conductual tipo "A" en Adolescentes (Avila, 1997 y Wrzesniewski,1993) (anexo 3).

**Diseño de Investigación:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo y correlacional.

**Espacio Físico:** La aplicación de los instrumentos de evaluación se llevó a cabo en las instalaciones de la Secundaría Diurna No. 170 turno vespertino, que se encuentra ubicada en la calle Alta Tensión Y Rosa China s/n, colonia Molino de Rosas, Delegación Álvaro Obregón, C. P. 01470.

### 5.3 PROCEDIMIENTO

Se concertó una cita con el Director de la escuela Secundaria Diurna No.170, con el fin de plantearle el proyecto de investigación y solicitarle su autorización para llevar a cabo la investigación en la escuela.

Posteriormente, los instrumentos de evaluación fueron aplicados a tres grupos de cada grado (1º, 2º y 3º) en las aulas y en el horario que les correspondía tomar clase así como en su turno correspondiente. Se emplearon tres sesiones de 50 minutos cada una, cabe mencionar que la aplicación de los instrumentos de evaluación se realizó en horarios donde los alumnos no tenían clase.

**Sesión Uno:** La primera sesión sirvió como de presentación ante el grupo, explicando la presencia del investigador en la escuela y aclarando dudas que tuvieran respecto a la investigación. Se solicitó su colaboración, así como su participación activa para que fueran honestos al contestar las preguntas que se les planteaban en el cuestionario de PCTA, pasando a la aplicación del mismo,

mencionando que estaban integrados en un solo formato los dos cuestionarios de PCTA.

Sesión Dos: Saludos al grupo, breves momentos de ambientación y la aplicación del cuestionario de afrontamiento.

Sesión tres: Saludos al grupo, breves momentos de ambientación y la aplicación del inventario de estrés.

Al terminar el trabajo en la escuela, se procedió a integrar toda la información; vaciar datos, elaborar tablas y realizar el análisis estadístico en el programa SPSS, para obtener los resultados de la investigación.

#### 5.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la presente investigación se trabajó con una muestra de 248 alumnos de la Escuela Secundaria Oficial Diurna No. 170 Molino de Rosas, ubicada en la calle Alta Tensión, Col. Molino de Rosas, en la Delegación Álvaro Obregón. Se realizó un análisis descriptivo y correlacional de los datos que resultaron de los instrumentos de evaluación aplicados.

La muestra estuvo integrada por adolescentes, cuyas edades van de los 12 a los 16 años, siendo 125 hombres y 123 mujeres, lo cual representa el 50.4% y el 49.6% respectivamente (tabla 1).

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	125	50.4
FEMENINO	123	49.6
Total	248	100

Tabla No. 1 Frecuencias y porcentajes del género de los sujetos

Se aplicaron cuatro instrumentos de evaluación: dos del Patrón de Conducta Tipo "A" (PCTA) en adolescentes, uno es el de Wresniewsky (PCTA-W) y el otro elaborado por Ávila (PCTA-A), estos instrumentos consisten en 25 items cada uno, con respuestas de opción múltiple, teniendo cada uno como puntaje total mínimo 0 y como puntaje máximo 100, cada uno.

El tercer instrumento aplicado fue un Inventario de Eventos Microestrés (Ham y Larson), que consiste en 59 items totales, con respuesta de opción múltiple, presentado en 5 bloques que son: familia, compañeros, escuela, salud, autoimagen, teniendo como puntaje mínimo 0 y como puntaje máximo 236.

Por último, el cuestionario de Orientación de Afrontamiento en Adolescentes ante Experiencias Problemáticas (A-COPE) (Petterson y Mc Cubbin), que consta de 54 items con respuesta de opción múltiple, teniendo como puntaje total mínimo 0 y como puntaje máximo 216. Se utilizó el programa estadístico SPSS, para el análisis de todos los datos.

Hay una correlación alta entre el instrumento de evaluación PCTA-W y PCTA-A ( $r = 0.79$ ;  $p < 0.01$ ). En los resultados del PCTA, se puede observar con base a los puntajes de los dos cuestionarios que miden este patrón conductual, que la muestra obtiene en promedio, puntajes que se encuentran debajo de un nivel intermedio, considerando que el puntaje mínimo es 0 y el máximo es 100.

	MUESTRA TOTAL					
	n	$\bar{X}$	P. min	P. max	Rango	Desv. Estan.
<b>PCTA-A</b>	248	45.8	4	99	95	16.34
<b>PCTA-W</b>	248	46.53	5	83	78	15.37

Tabla No. 2 Datos descriptivos de la muestra total en los dos instrumentos

Considerando el puntaje total se tomó como alto un valor mayor a 51 y como puntaje bajo un valor de 50 o menos; en PCTA-A se encontraron 38 hombres y 51 mujeres con puntaje alto y 72 hombres, 87 mujeres con puntajes bajos; al igual en el cuestionario PCTA-W se encontraron 39 hombres y 56 mujeres con puntaje alto, así como 86 hombres y 67 mujeres con puntajes bajos.

	PCTA-A		PCTA-W	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Puntaje alto	38	51	39	56
Puntaje bajo	87	72	86	67

Tabla No. 3 Frecuencias de sujetos con puntaje bajo y sujetos con puntaje alto

En promedio las mujeres obtienen puntajes más altos en los cuestionarios de conducta tipo "A" con relación a los hombres, en ambos instrumentos de evaluación PCTA- A ( $t = 2.023$ ;  $p = 0.044$ ) y PCTA- W ( $t = 2.785$ ;  $p = 0.006$ ).

		DESCRIP TIVOS POR GENERO					
		DATOS					
		n	$\bar{X}$	P. min	P. max	Rango	Desv. Estan.
PCTA-A	Hombres	125	43.73	4	91	87	16.1
	Mujeres	123	47.91	7	99	92	16.38
PCTA-W	Hombres	125	43.87	5	83	78	15.4
	Mujeres	123	49.23	14	82	68	14.92

Tabla No. 4 Datos descriptivos por género en los dos instrumentos

Se aplicó un análisis de varianza (ANAVAR) con el propósito de buscar diferencias entre las edades de la muestra estudiada, y se encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en relación con las edades de los adolescentes, con ninguno de los dos instrumentos

aplicados, PCTA-A (  $F = 0.845$  ;  $p > 0.05$  ) y PCTA-W (  $F = 1.167$ ;  $p > 0.05$  ). Los de 12 años muestran la media más alta y los de 16 la menor.

	<b>PCTA - A</b>					<b>PCTA - W</b>				
	EADADES					EADADES				
	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>
<b>n</b>	7	87	101	49	4	7	87	101	49	4
$\bar{X}$	51.85	45.97	46.6	43.79	36	50.42	47.31	46.3	46.3	31.25
<b>P. min.</b>	36	12	7	4	16	29	10	10	5	16
<b>P. max.</b>	71	83	99	91	56	73	74	83	76	40
<b>Rango</b>	35	71	92	87	40	44	64	73	71	24
<b>Desv.Estan.</b>	14.8	14.81	16.91	17.97	16.35	19.45	14.52	15.46	16.21	10.5

Tabla No. 5 Datos descriptivos por edades en los dos instrumentos

En relación al Inventario de Eventos Microestrés (Ham y Larson), teniendo como puntaje mínimo 0 y como puntaje total máximo 236, la muestra obtiene en promedio puntajes que se encontraron en un nivel arriba del puntaje medio.

<b>ESTRÉS</b>					
<b>n</b>	$\bar{X}$	<b>P. min</b>	<b>P. max</b>	<b>Rango</b>	<b>Desv. Estan.</b>
248	135.39	70	218	148	27.82

Tabla No. 6 Datos descriptivos de la muestra total

A partir de 157 se considera puntaje alto, puntaje intermedio entre 79 y 156, 78 o menos se considera bajo. De acuerdo a esta clasificación se encontraron 19 hombres y 39 mujeres con puntaje alto y 5 hombres, una mujer con puntaje bajo.

<b>ESTRÉS</b>	
<b>T</b>	
Hombres	Mujeres

Puntaje alto	19	39
Puntaje bajo	5	1

Tabla No. 7 Frecuencias de adolescentes con puntaje bajo y sujetos con puntaje alto

Se comprobó estadísticamente aplicando la prueba t de Student que las mujeres muestran puntajes más altos que los hombres ( $t = 3.3$  ;  $p = 0.001$ ). Así mismo la media de las mujeres se encuentra arriba en porcentaje con respecto a los hombres.

<b>E S R E S</b>						
<b>T</b>						
	<b>n</b>	$\bar{X}$	<b>P. min</b>	<b>P. max</b>	<b>Rango</b>	<b>Desv. Estan.</b>
Hombres	125	129.72	70	202	132	27.1
Mujeres	123	141.16	77	218	141	27.46

Tabla No. 8 Datos descriptivos por género

Se puede observar que los alumnos con mayor estrés son los de 12 años y los de menor son los alumnos de 16 años, al aplicar el análisis de varianza (ANAVAR) se determinó que sí hay diferencias significativas entre las edades ( $F = 2.864$  ;  $p = 0.024$ ). Sin embargo, aplicando la prueba de Scheffe, no se encontraron diferencias significativas por pares de edades.

<b>E S T R E S</b>					
<b>EDADES</b>					
	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>
<b>n</b>	7	87	101	49	4
$\bar{X}$	149.85	139.88	135.68	126.24	117.5
<b>P. min.</b>	99	76	77	70	72
<b>P. max.</b>	202	193	218	196	163
<b>Rango</b>	103	117	141	126	91

<b>Desv. Estan.</b>	36.23	24.19	29.47	26.32	37.65
---------------------	-------	-------	-------	-------	-------

Tabla No. 9 Datos descriptivos por edades

El inventario de Eventos Microestrés (Ham y Larson) está dividido en 5 bloques (familia, compañeros, escuela, salud, autoimagen); al igual que en los análisis anteriores, al aplicar la “t” de Student a cada uno de los bloques, se encontró que en cada uno de ellos, las mujeres obtienen puntajes más altos que los hombres.

Se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) a los 5 bloques en donde se demuestra que la edad es una variable que influye en el puntaje obtenido en el bloque de familia ( $F = 3.219$ ;  $p = 0.013$ ) y en el bloque de escuela ( $F = 3.219$ ;  $p = 0.045$ ).

Observando los promedios obtenidos por factor, se observa que en el bloque de familia se encuentra el promedio más alto de estrés ( $\bar{X} = 32.75$ ), seguido por autoimagen ( $\bar{X} = 27.00$ ), escuela ( $\bar{X} = 25.25$ ), compañeros ( $\bar{X} = 19.25$ ) y salud ( $\bar{X} = 13.25$ ).

PROMEDIOS DE LAS CATEGORIAS DE ESTRES					
	FAMILIA	AUTOIMAGEN	ESCUELAS	COMPANEROS	SALUD
<b>n</b>	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
248	32.75	27	25.25	19.25	13.25

Tabla No. 10 Promedios por categorías que causan estrés

En cuanto a la aplicación del instrumento de evaluación de Afrontamiento en Adolescentes ante experiencias problemáticas (A-Cope) (Petterson y Mc Cubbin), se encontró que el promedio se ubica por abajo del puntaje medio (p. mínimo 0 y máximo 216).



<b>A F R O T A M I E N O</b>					
<b>N</b>			<b>T</b>		
<b>n</b>	$\bar{X}$	<b>P. min</b>	<b>P. max</b>	<b>Rango</b>	<b>Desv. Estan.</b>
248	111.47	56	168	112	20.35

Tabla No.11 Datos descriptivos de la muestra total

A partir de un puntaje de 145 se consideran puntajes altos, puntajes bajos de 72 o menos, intermedios entre 73 y 144. De acuerdo a esta clasificación se encontraron 3 hombres y 8 mujeres con puntajes altos, así como 4 hombres y 3 mujeres en puntajes bajos.

	<b>M I E N T O</b>	
	<b>A F R O N T A</b>	
	Hombres	Mujeres
Puntaje alto	3	8
Puntaje bajo	4	3

Tabla No.12 Frecuencias de sujetos con puntaje bajo y sujetos con puntaje alto.

Al aplicar la prueba "t" de Student, se comprueba que las mujeres obtienen puntajes más altos que los hombres, es decir, hay diferencias significativas por género ( $t = -3.018$ ;  $p = 0.003$ ).

<b>A F R O N T A M I N T O</b>						
<b>E</b>						
	<b>n</b>	$\bar{X}$	<b>P. min</b>	<b>P. max</b>	<b>Rango</b>	<b>Desv. Estan.</b>
Hombres	125	107.67	65	168	103	19.97

Mujeres	123	115.34	56	165	109	20.08
---------	-----	--------	----	-----	-----	-------

Tabla No.13 Datos descriptivos por género

Los alumnos de 12 años fueron los que mostraron puntajes altos en las técnicas de Afrontamiento así como los de 14 años fueron los de puntajes más bajos. Sin embargo al aplicar un análisis de varianza (ANAVAR) se encontró que no hay diferencias significativas por edades (  $F = 0.849$  ;  $p = 0.05$ ).

<b>A F R O N T A M I E N T O</b>					
<b>EDADES</b>					
	12	13	14	15	16
<b>n</b>	7	87	101	49	4
$\bar{X}$	119	110.98	109.62	114.55	118.25
<b>P. min.</b>	96	56	65	65	97
<b>P. max.</b>	168	151	156	165	147
<b>Rango</b>	72	95	91	100	50
<b>Desv. Estan.</b>	26.68	20.18	19.11	22.22	21.53

Tabla No.14 Datos descriptivos por edades

La correlación entre PCTA-W y PCTA-A es de  $r = 0.79$ ,  $p < 0.01$ ; la correlación de PCTA-W y estrés es de  $r = 0.345$ ,  $p < 0.01$ ; PCTA-W y afrontamiento es de  $r = 0.252$ ,  $p < 0.01$ ; es poca la correlación que existe

La correlación de PCTA-A y estrés es de  $r = 0.334$ ,  $p < 0.01$ ; PCTA-A y afrontamiento es de  $r = 0.189$ ,  $p < 0.01$ ; es poca la correlación que existe. La correlación entre estrés y afrontamiento es de  $r = 0.072$   $p < 0.05$ , es decir nula.

## CONCLUSIONES

Es escasa la investigación que se realiza respecto al patrón de conducta tipo "A" en México, así como los estudios que se refieren a los adolescentes. Por eso es importante identificar el patrón de conducta tipo "A" y estudiarlo en poblaciones de adolescentes en México, además de empezar a investigar la relación que éste guarda con otras variables, como es el estrés y las estrategias de afrontamiento y como influye esta relación en su bienestar físico-psicológico. Es por eso que esta investigación se dio a la tarea de dar a conocer las posibles relaciones que se presentan en los adolescentes.

Los resultados de la investigación indican con respecto al PCTA, que la correlación que existe entre los dos instrumentos de evaluación (PACTA-A y PCTA-W), es fuerte y significativa; los adolescentes en general se encuentran por debajo del un puntaje medio, no presentan indicadores del patrón de conducta tipo "A"; en promedio son más las mujeres que hombres en obtener puntajes más altos, y en las edades no se encontraron diferencias significativas; los de doce años son los que presentan puntajes más alto y los de dieciséis el menor. En investigaciones anteriores relacionadas con el PCTA, los que obtenían puntajes altos eran los hombres y las mujeres puntajes bajos, en esta investigación las mujeres obtuvieron los puntajes más altos que los hombres, porque posiblemente la mujer tenga más el sentimiento de responsabilidad y se le presione más por parte de los padres, mientras que el hombre toma las responsabilidades más a la ligera.

En relación al estrés, se encontró que todos los adolescentes están arriba del promedio del puntaje medio del inventario, en puntajes altos el número de mujeres es mayor al de los hombres, los que presentan mayor estrés son los de doce años y menor estrés los de dieciséis.

En afrontamiento, los adolescentes en promedio se encuentran por abajo del puntaje medio, las mujeres muestran mayores porcentajes en estrategias que los hombres. También los adolescentes de doce años presentan mayores estrategias de afrontamiento, mientras que en los de catorce son menores.

Cabe mencionar que los de doce años en todos los instrumentos de evaluación salieron altos en puntaje con respecto a las demás edades, asimismo las mujeres obtuvieron mayores porcentajes que los hombres en todos los instrumentos de evaluación.

La correlación que existe entre PCTA-W, estrés y afrontamiento es mínima y poco significativa, mientras que el PCTA-A, estrés y afrontamiento también tiene una correlación mínima. Entre estrés y afrontamiento no existe ninguna correlación.

## BIBLIOGRAFIA

Alarcón Gutiérrez, A. (1994). Análisis psico-social del patrón tipo "A" de conducta y riesgo cardiovascular. Ed.Psiquis, México, p. 88.

Ayuso, José Luis (1998). Trastornos de Angustia. Barcelona, Martínez Roca.

Barrientos, N. I. (1998). Análisis del desarrollo de transacciones estresantes y estrategias de afrontamiento en adolescentes. Tesis de Maestría en modificación de conducta. UNAM, Iztacala, México.

Bayes, R. (1991). Psiconeuroinmunología. Medicina Psicosomática. Monografías de Psiquiatría, Madrid. JARPYO

Belar, D.C.; Deardorff, W. & Kelly, K. (1987). Defining the field of clinical health psychology. En C.D. Belear, W.W. Deardorff y K.E. Kelly (Eds.) The Preactice of Clinical Health Psychology. New York, Pergamon Press.

Bird, G.W. & Harris, R.L., (1990). "A Comparison of Role Strain and Coping Strategies by Gender and Family Structure among early Adolescents". Journal of Early Adolescence. 10 (2), 141-158.

Bortner, R. W., Rosenman, R. H. & Friedman, M. (1970). "Familial similarity in pattern A behavior: fathers and sons". Journal of Chronic Disease, 23, 39-43.

Borter, R. W., Glass, D. C., Matthews, K. S. & Rosenman, R.H. (1977). "Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease. A further analysis for some data from the Western Collaborative Study". Journal of Chronic Disease. 30, 489-498.

Buela-Casal, G. & Caballo E. V. Manual de psicología clínica aplicada. Madrid, España, Siglo veintiuno editores, 1991.

Burns, S. L. & Burns Kimberly (1997). "Las bases Médicas del Estrés, Depresión, Angustia, Insomnio, y Drogadicción. Intervención terapéutica". Revista de Psicología General y Aplicada. Universidad de Granada, Esp.

Caballo, V. E. (1993). La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, la EMES-M. En Psicología Conductual, 1 (2), 221-231.

Cohen, S.& Matthews, K.A. (1987). Social support: type A behavior and coronary artery disease. Psychosomatic Medicine. 49 (1), 325-330.

Compas, B. (1987). Coping with Stress during Childhood and Adolescence. Psychological Bullrting. 101(3), 393-403

Cooper, C. L., Faragher, E. B., Bray, C. L., & Ramsdala, D.R. (1985). "The significance of psychosocial factors in predicting coronary disease in patients with valvular heart disease". Social Science & Medicine. 20 (4), 315-318.

Del Pino, A. & Pérez, A. (1993). Evaluación, evolución y validación de la conducta tipo "A" en adolescentes a partir del MYTH. Revista de Psicología General y Aplicada. 439-448.

Dembroski, T. M. & Costa, P. T. (1987). "Coronary-prone behavior: Components of the Type A pattern and hostility". Journal of Personality. en Psychosomatic Medicine. U.S.A.

Donker J. S. (1991). Medicina Conductual y Psicología de la Salud. En Buela-Casal, G. & Caballo E. V. (1991). Manual de psicología clínica aplicada. España, Siglo veintiuno editores.

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

Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun C. S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L. & Morton, D.L. (1993). Malignant melanoma: effects on early structure psychiatric intervention coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. Archives of General Psychiatry, 50, 681-689.

Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción. Madrid, Pirámide.

Fernández Abascal, E. G., (1998). El estrés: aspectos básicos y de intervención, Emoción y salud. Barcelona, Ariel.

Feuerstein, M., Labbé, E. E. & Kuczmierczyk, A. R. (1986). Health psychology: A psychobiological perspective. Nueva Cork, Plenum Press.

Fierro, A. (1996). Manual de Psicología de la Personalidad. Barcelona. Piados Ibérica

Folkman, S. & Lazarus, R. S., (1980), "An analysis of coping in middle-aged community sample", Journal of Health and Social Behavior, 21,219-239.

Forcada, E. (1998). El factor humano en la salud. Buenos Aires, Editorial Proa XXI, 71-83.

Forgays, D.K., Forgays, G.D., Bonaivto, P. & Wrzesniewski, (1993). Measurement of the type a behavior pattern from adolescence through 7 adult type "A" behavior scale (AATABS). *Journal of behavior medicine*. Vol. 16, Nº 5, 523-537.

Friedman, M. & Rosenman, R. H., (1959). "Association of specific overt behavior pattern wicht increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary heart disease". J.A.M.A. 169, 1286.

Friedman, M. & Rosenman, R.H. (1976). Conducta tipo A y su corazón. Capítulos VI-VIII. México, Ed. Grijalbo.

García, L. A., (1993). "Patrón de conducta tipo A: Descripción e intervenciones terapéuticas". Revista de Psicología General y Aplicada. 46 (3), 307-317.

Gil, M. K. (1984). Doping Effectively with invasive medical procedures: A Descriptive Model. Clinical Psychology Review. 4, 339-362.

Glnsgurg, H. Opper, S. (1977). Piaget y la teoría del desarrollo intelectual. Capítulo V. México, Ed. Prentice Hall, p.171-195.

Girdano, D. & Everly, G.S. (1986). *Controlling stress and tension*. 2ª Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Glass, D. C. (1977). Behavior Pattern, Stress, and Coronary Disease. New York, Lawrence Erlbaum.

Godoy, J.F. (1991). Medicina conductual. En Caballo, E. V. Manual de Técnicas de terapia u modificación de conducta. España, Ed. Siglo veintiuno, p. 871-890.

Gullette & cols. (1997). El estrés aumenta el riesgo de desarrollar trastornos cardíacos. *Item Cardiológico*, Año 1, agosto de 1997, Nº3. 7-11



Ham, M. & Larson, R. (1990). The cognitive moderation of daily stress in early adolescence. American Journal of Community Psychology. 18(4), 567-585.

Hoffman, M. A., Levy, S. R., Solhberg, S. C. & Zarizki, J. (1992). "The impact of stress and coping: Developmental changes in the transition to adolescence". Journal of Youth and Adolescence. U.S.A.

Horwitz N. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. OPS 98(2).

Houston, B. K., Smith, M. A., & Cates, D.S., (1989). "Hostility pattern and cardiovascular reactivity to stress". Journal Psychophysiology Medicine. 26(3), 337-342.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1999). Información Estadística, sector salud y seguridad social. Cuadernos 7- 9. México.

Jorgensen, R. S. y Dusek, J. B. (1990). "Adolescent adjustment and coping strategies". Journal of Personality. U.S.A.

Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Malarkey, W. B., Mercado, A. M. & Glaser, R. (1996). El estrés psicológico enlentece la cicatrización de las heridas. Lancet , 28, 188-191.

Laham, M. (2003). "Perfiles de personalidad y coronariopatías: El patrón de conducta tipo A". Psicocardiología. Buenos Aires, Argentina..

Latorre P. J. & Beneit M. P. (1992). Psicología de la Salud: introducción y conceptos básicos. Psicología de la salud. Buenos Aires, Ed. Lumen, p. 17-23.

Lazarus, R. S. Y Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. Nueva York, Springer-Verlag.

Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. Nueva York, Ed. Mc Graw-Hill.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, Martínez Roca.

Lovallo, W. R., Pincomb, G. A., Edwards, G. L., Brackett, D. J., & Wilson, M.F., (1986). "Work pressure and the type "A" behavior pattern exam stress in male medical students". Journal Psychosomatic Medicine. 48, 125-133.

Martin, Isabel (1992). "Indicadores bioquímicos-clínicos del estrés". Estrés. 2, (1).

Matarazzo, J. D. (1980) "Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology". American Psychologist. 35, 807-817.

Matthews, K.A. (1977). "Caregiver-Child interactions and the type A coronary prone behavior pattern". Child Development. 1752-1756.

Matthews, K.A. & Angulo, J. (1978). Children's Self Assesment of Type A Behaviors Unpub, data. Kansas State University Abstract..

Matthews, K. A. y Angulo, J. (1980). "Measurement of the type "A" behavior pattern in children: Assesment of children's competitiveness, impatience-anger and aggression". Journal Child Development. 51, 466-475.

Matthews, K. A., (1982). "Psychological perspectives on the type "A" behavior pattern". Psychological Bulletin. 91, 293-325.

Mechanic, D. (1983). "Adolescent health and illness behavior: review of the literatura and new hipotesis for the study of stress". Journal of Human Stress. 9 (2), 4-13.

Meichenbaum, D. & Turk, D. (1982). Stress, coping, and disease. En R.W. Neufeld Psychological Stress and Psychopathology. New York: McGraw-Hill. Traducción, 1984. Barcelona, Toray.

O.M.S. (2000). Citado en [http:// www.ONU.org](http://www.ONU.org).

Merino, G. C. (1993) Identidad y plan de vida en la adolescencia media y tardía. Perfiles Educativos. México, p. 44-48.

Patterson, J. M. & McCubbin, H. I. (1987). "Adolescent coping style and behavior conceptualization and measurement". Journal of Adolescence. 10 (2), 163-186.

Pelechano Barberá, V. (1984). "Inteligencia Social y Habilidades Interpersonales". Análisis y Modificación de Conducta, 10, (26).

Peterson, L. (1989). "Doping by Children Undergoing Stressful Medical Procedures: Some Conceptual, Metodological and Terapeutic Issues". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 57 (3), 380-387.

Powell, L. H., (1984). "The type "A" behavior pattern an update on conceptual assessment and intervention research". Behavioral Medicine Update. 6, 7-10.

Price, V.A. (1982). Type A behavioral pattern. A model for research and practice. Academic Press. New York, U.S.A.

Quiroga, R. M. & Sanchez, T., (1997). Evaluación del Patrón Conductual tipo "A" (PCTA), en adolescentes de secundaria. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M. Campus Iztacala.

Rosenman, R. H. & Chesney, M. A. (1980). "The relationship of Type A behavior pattern to coronary heart disease". Activitas Nervosa Superior. 22 (1), 1-45.

Reynoso, E. L. (1991). Patrón conductual tipo a: un nuevo instrumento de evaluación. Tesis de maestría en modificación de conducta. UNAM. Iztacala, México.

Rodríguez, O. & Palacios, J. (1989). Consideraciones sobre la Psicología de la Salud en México. En Javier Urbina. El psicólogo, formación, ejercicio profesional y perspectivas. México, UNAM. p. 45-58.

Rosenman, R.H. & Chesney, M.A. (1981). "Stress. Type "A" Behavior and coronary disease". Journal of Psychosomatic Research. New York. U.S.A.

Roth, E. (1986). Competencia Social: el cambio de comportamiento individual en la comunidad. México, Ed. Trillas. 173 p.

Sandín, B. (1997). Ansiedad, Miedos y Fobias en niños y adolescentes. Madrid, Dykinson.

Scherwitz, L., Graham, L.E.II, Grandits, G., & Billings, J. (1987). "Speech characteristics and behavior-type assessment in the multiple risk factor intervention trial (MRFIT) structured interviews". Journal of Behavior Medicine. 10 (2), 173-195.

Schmieder, R.; Friedrich, G.; Neus, H.; Rudel, H. & VonEiff, A. W. (1983). "The influence of beta blockers on cardiovascular reactivity and type "A" behavior pattern in hypertensives". Psychosomatic Medicine. 45-47.

Seligson, N. I., Reynoso, E. L., & Nava, Q. C. (1993). Estilos de vida: Relaciones conductuales entre infarto al miocardio agudo y neoplasias. Proyecto de Investigación adscrito a la UNAM campus Iztacala.

Seward, J.P. (1990). Estrés Profesional. Medicina Laboral. México, Ed. Manual Moderno.

Seyle, H., "History and Present Status of the Stress Concept". En Monat y Lazarus Stress and Coping: An Anthology, New York, Columbia University Press, 1991, 21-35.

Souza, M. M. (1988). Educación en salud mental para maestros. Capitulo III. México, Editorial Manual Moderno, p. 44-113.

Trianes, M. V. (1999). Estrés en la Infancia: su prevención y tratamiento. Madrid, Narcea.

Tron, Rocio (1998). "Patrón Conductual tipo "A" en niños: Un Estudio Longitudinal". Tesis de Maestría en Modificación de la Conducta. UNAM- Campus Iztacala. p.15,16.

Valdez, M. & De Flores (1985). Psicobiología del Estrés. Barcelona, Martínez Roca.

Vázquez, J. L. (1990). "Estrés positivo y estrés negativo". Psicología Clínica. Madrid.

Viñas, F.; Caparrós, B. & Masegú, C. (1999), Estratègies d'afrontament simptomatologia somàtica autoinformada. XIVena Reunión Anual de la Sociedad Catalana de Recerca y Terapia del Comportamiento; El Masnou (Barcelona).

Whalen, C. Henker, B.; Hinshaw, S. & Granger, D. (1989). "Externalizing behavior disorders, situational generality, and the type a behavior pattern". Child Development. p. 1453-1462.

**A**

**N**

**E**

**X**

**O**

**S**

## ANEXO 1

**CUESTIONARIO DE ORIENTACIÓN DE AFRONTAMIENTO EN  
ADOLESCENTES ANTE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS (A-COPE)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ CICLO ESCOLAR: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

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

- 0 = NUNCA**  
**1 = DIFÍCILMENTE**  
**2 = ALGUNAS VECES**  
**3 = FRECUENTEMENTE**  
**4 = SIEMPRE**

CUANDO TENGO PROBLEMAS O ESTOY EN DIFICULTADES YO:

1. Sigo las reglas impuestas por mis padres	0	1	2	3	4
2. Me pongo a leer	0	1	2	3	4
3. Trato de ser optimista	0	1	2	3	4
4. Me disculpo con la gente	0	1	2	3	4
5. Me pongo a escuchar música	0	1	2	3	4
6. Hablo de problemas con la maestra en quien más confío	0	1	2	3	4
7. Me pongo a comer para tranquilizarme	0	1	2	3	4
8. Procuro no estar en la casa o salirme tanto tiempo como sea posible	0	1	2	3	4
9. Tomo las pastillas o el té que me recetaron para tranquilizarme	0	1	2	3	4
10. Procuro concentrarme en mis tareas escolares para olvidarme de algo	0	1	2	3	4
11. Me voy a las tiendas a ver aparadores o comprar cosas	0	1	2	3	4

12. Trato de razonar y de hacer acuerdos con mis padres	0	1	2	3	4
13. Trabajo fuerte en mis actividades escolares	0	1	2	3	4
14. Me pongo a llorar	0	1	2	3	4
15. Pienso que todo se va a arreglar	0	1	2	3	4
16. Hablo con mi mejor amigo (a) o con mi novio (a)	0	1	2	3	4
17. Salgo a dar una vuelta en carro	0	1	2	3	4
18. Trato de hacerme el gracioso	0	1	2	3	4
19. Me enojo y grito	0	1	2	3	4
20. Bromeo respecto a la situación	0	1	2	3	4
21. Voy a la iglesia y hablo con el padre	0	1	2	3	4
22. Me quejo y busco apoyo en alguna persona de mi familia	0	1	2	3	4
23. Voy a la iglesia o templo pero no hablo con nadie	0	1	2	3	4
24. Fumo, tomo alcohol o uso alguna droga para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
25. Analizo la situación y planeo lo que tengo que hacer	0	1	2	3	4
26. Me enojo y pienso que son injustos conmigo	0	1	2	3	4
27. Me pongo a trabajar en mis obligaciones escolares o domésticas	0	1	2	3	4
28. Culpo a otras personas de lo que me pasa	0	1	2	3	4
29. Busco a mi mejor amigo (a) y le cuento todo	0	1	2	3	4
30. Trato de ayudar a otros a resolver sus problemas	0	1	2	3	4
31. Hablo con mi mamá sobre mis hermanos	0	1	2	3	4
32. Soy capaz de solucionar mis problemas y trato de tranquilizarme	0	1	2	3	4
33. Practico mi pasatiempo favorito	0	1	2	3	4
34. Visito a un especialista para que me ayude a resolver mis problemas	0	1	2	3	4
35. Trato de olvidarme de problemas haciendo nuevos amigos	0	1	2	3	4
36. Pienso que los problemas no son tan graves o tan importantes	0	1	2	3	4
37. Me voy al cine con amigos (as)	0	1	2	3	4
38. Me pongo a imaginar como podría ser mi vida si no tuviera problemas	0	1	2	3	4
39. Hablo con mi hermano (a) respecto a lo que le pasa	0	1	2	3	4
40. Busco trabajo	0	1	2	3	4
41. Hago actividades con mi familia	0	1	2	3	4
42. Fumo	0	1	2	3	4
43. Veo televisión	0	1	2	3	4
44. Rezo aunque no vaya a la iglesia	0	1	2	3	4
45. Trato de ver las cosas por el lado bueno	0	1	2	3	4
46. Ingiero bebidas alcohólicas	0	1	2	3	4
47. Trato de tomar mis propias decisiones	0	1	2	3	4
48. Me pongo a dormir	0	1	2	3	4
49. Soy sarcástico (me burlo de lo que pasa)	0	1	2	3	4
50. Hablo con mis padres sobre la familia	0	1	2	3	4
51. Me quejo con mis amigos	0	1	2	3	4
52. Hablo con mis amigos cercanos de sus problemas y como se sienten ellos	0	1	2	3	4
53. Me divierto practicando juegos de video o me voy a las maquinitas	0	1	2	3	4
54. Realizo actividades físicas	0	1	2	3	4



## ANEXO 2

## INVENTARIO DE EVENTOS MICROESTRÉS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 SEXO: \_\_\_\_\_ CICLO ESCOLAR: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan situaciones de la vida cotidiana que pudieran o no provocarte estrés o nerviosismo. Escribe dentro del paréntesis el número de la respuesta que más represente tu caso. Al final de cada bloque de preguntas encontrarás un espacio, en el cual puedes anotar las situaciones que no fueron consideradas en el bloque de preguntas y que a tí te estresan. El código de respuestas es el siguiente:

- 0 = NO ME ESTRESA**  
**1 = RARA VEZ ME ESTRESA**  
**2 = ALGUNAS VECES ME ESTRESA**  
**3 = CASI SIEMPRE ME ESTRESA**  
**4 = SIEMPRE ME ESTRESA**

1. Las peleas con tu (s) hermano (s)	0	1	2	3	4
2. Ir en compañía de tu familia a visitar a familiares mayores	0	1	2	3	4
3. Tener problemas o discusiones con tus padres	0	1	2	3	4
4. Salir de paseo en compañía de tus padres y hermanos	0	1	2	3	4
5. Que tus padres te den un trato distinto al que dan a tus hermanos	0	1	2	3	4
6. Que tus padres no te permitan hacer lo que deseas	0	1	2	3	4
7. Escuchar los razonamientos de tus padre respecto a tu conducta	0	1	2	3	4
8. Que tus padres decidan por ti las cosas que te conciernen	0	1	2	3	4
9. Que algún miembro de la familia tome tus cosas sin permiso	0	1	2	3	4
10. Que tus padres o hermanos registren tus cajones	0	1	2	3	4
11. Cuando tus padres te niegan permisos o te ponen horarios	0	1	2	3	4
12. Verte envuelto en discusiones familiares donde no participas y estas presente	0	1	2	3	4
13. Salir de vacaciones con tu familia	0	1	2	3	4
14. Que tus padres no traten con amabilidad a tus amigos	0	1	2	3	4
15. Que tus padres no toleren a tus amistades y los traten mal	0	1	2	3	4
16. Ir a una fiesta en compañía de tus padres	0	1	2	3	4
17. Ir a una fiesta con tus hermanos	0	1	2	3	4
18. Pedir permiso a tus padres para realizar algunas actividades	0	1	2	3	4
19. Que tus padres critiquen tu forma de ser	0	1	2	3	4

Otros \_\_\_\_\_

## COMPAÑEROS

20. Recibir una felicitación de tus amigos	0	1	2	3	4
21. Ir a una fiesta	0	1	2	3	4
22. Pelearte con alguno de tus amigos (as)	0	1	2	3	4
23. Conocer a alguien	0	1	2	3	4
24. Pelearte con tu novio (a)	0	1	2	3	4

25. Llegar a un lugar y ser aceptado (a) por un nuevo grupo de amistades	0	1	2	3	4
26. Distanciarte de tu novio (a)	0	1	2	3	4
27. Recibir burlas o bromas de tus amigos (as)	0	1	2	3	4
28. Iniciar la platica con alguien en una fiesta o reunión	0	1	2	3	4
29. Salir en compañía de tus amigos	0	1	2	3	4

Otros \_\_\_\_\_

#### ESCUELA

30. Recibir tus calificaciones	0	1	2	3	4
31. Participar en eventos especiales dentro de tu escuela	0	1	2	3	4
32. Tener problemas en tu aprovechamiento escolar	0	1	2	3	4
33. Que tus maestros te traten diferente en comparación a tus compañeros	0	1	2	3	4
34. Estar en periodo de exámenes	0	1	2	3	4
35. Entregar un trabajo	0	1	2	3	4
36. Exponer un tema asignado por el profesor	0	1	2	3	4
37. Ser regañado frente a tus compañeros por un profesor	0	1	2	3	4
38. Destacar en eventos escolares	0	1	2	3	4
39. Hacer tareas cotidianas	0	1	2	3	4
40. Pertenecer a algún equipo deportivo en la escuela	0	1	2	3	4

Otros \_\_\_\_\_

#### SALUD

41. Estar enfermo o incapacitado	0	1	2	3	4
42. Estar gravemente enfermo o incapacitado	0	1	2	3	4
43. Visitar al médico	0	1	2	3	4
44. Visitar al dentista	0	1	2	3	4
45. Tener problemas para dormir (insomnio o sueño intranquilo)	0	1	2	3	4
46. Tener problemas con tu peso o talla	0	1	2	3	4

Otros \_\_\_\_\_

#### AUTOIMAGEN

47. Sentirte rechazado por los demás	0	1	2	3	4
48. Perder algo	0	1	2	3	4
49. Perder una oportunidad de trabajo	0	1	2	3	4
50. Tener experiencias nuevas	0	1	2	3	4
51. Idear cosas importantes	0	1	2	3	4
52. Hacer planes de vida	0	1	2	3	4
53. Sentirte solo	0	1	2	3	4
54. Que tu peso o talla no sean los esperados para tu edad	0	1	2	3	4
55. No ser tan agraciado o bien parecido como otros compañeros	0	1	2	3	4
56. Sentirte menos hábil o inteligente que los demás	0	1	2	3	4
57. Pensar en buscar un empleo	0	1	2	3	4
58. Elegir una carrera o una nueva opción escolar	0	1	2	3	4
59. Dedicarte a tus pasatiempos	0	1	2	3	4

Otros \_\_\_\_\_

**ANEXO 3**

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PATRÓN CONDUCTUAL TIPO “A” EN  
ADOLESCENTES**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ CICLO ESCOLAR: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: La presente escala tiene como finalidad obtener la información sobre aspectos comportamentales en situaciones y actividades, ésta información será confidencial, por lo que se solicita contestar con sinceridad las siguientes preguntas. Marca con una X el inciso que consideres apropiado en cada pregunta. El código de respuestas para las opciones se basará en la siguiente escala:

- 0 = NUNCA**  
**1 = RARA VEZ**  
**2 = ALGUNAS VECES**  
**3 = CASI SIEMPRE**  
**4 = SIEMPRE**

1. Muchas situaciones me provocan para entrar en competencia	0	1	2	3	4
2. Trato de ir directo a las cosas	0	1	2	3	4
3. Me irrito fácilmente	0	1	2	3	4
4. Me gusta participar en juegos competitivos o deportes	0	1	2	3	4
5. Estoy apurado	0	1	2	3	4
6. Selecciono metas difíciles y ambiciosas	0	1	2	3	4
7. Trato de ganar en cada juego que compito	0	1	2	3	4
8. Cuando algo me desagrada, pego o rompo algo	0	1	2	3	4
9. Hago actividades cotidianas más rápido que otras personas	0	1	2	3	4
10. La gente me mira o me considera como bravucón	0	1	2	3	4
11. Hago las cosas rápidamente	0	1	2	3	4
12. Cuando algo o alguien me hace enojar permito que todos lo sepan	0	1	2	3	4
13. Cuando estoy en un grupo ó equipo tomo la iniciativa	0	1	2	3	4
14. Soy impaciente mientras espero a alguien o hacer algo	0	1	2	3	4
15. Soy intolerante cuando siento que algo me presiona	0	1	2	3	4
16. Habitualmente soy líder de cualquier grupo del que formo parte	0	1	2	3	4
17. Cuando tengo que hacer una tarea, empiezo directamente con ella	0	1	2	3	4

18. Azoto con regularidad las puertas	0	1	2	3	4
19. Frecuentemente deseo gritar y regañar a la gente	0	1	2	3	4
20. Cuando tengo alguna meta por cumplir, hago todo por obtenerla	0	1	2	3	4
21. Tengo problemas para seguir las órdenes de otras personas	0	1	2	3	4
22. La gente me hace la observación de que siempre estoy apresurado	0	1	2	3	4
23. Cuando hago algún coraje lo saco de alguna manera	0	1	2	3	4
24. Cuando alguien habla lento lo apresuro para completar la frase	0	1	2	3	4
25. Cuando estoy enojado con alguien se lo digo directamente	0	1	2	3	4
26. Me enojo y pienso que son injustos conmigo	0	1	2	3	4

27. Siento que el tiempo pasa rápidamente	0	1	2	3	4
28. Camino muy rápido	0	1	2	3	4
29. Siento que el tiempo pasa lentamente	0	1	2	3	4
30. Siempre quiero ganar en todo	0	1	2	3	4
31. Interrumpo o termino la frase cuando alguien esta hablando	0	1	2	3	4
32. Quiero ser el mejor de la escuela	0	1	2	3	4
33. Estoy satisfecho de cómo me ha ido en la escuela	0	1	2	3	4
34. Se me hace difícil esperar	0	1	2	3	4
35. Hablo fuerte	0	1	2	3	4
36. Siempre me siento apurado	0	1	2	3	4
37. Pienso muchas cosas al mismo tiempo	0	1	2	3	4
38. Me gusta discutir y argumentar	0	1	2	3	4
39. Frecuentemente me meto en peleas	0	1	2	3	4
40. Me gusta decirles a otros que hacer	0	1	2	3	4
41. Soy un líder en las actividades	0	1	2	3	4
42. Mis amigos me escogen como líder en algún juego	0	1	2	3	4
43. Bebo rápidamente	0	1	2	3	4
44. Tengo muchos entretenimientos	0	1	2	3	4
45. Pierdo la cabeza fácilmente	0	1	2	3	4
46. Tengo muchos intereses	0	1	2	3	4
47. Hablo rápido	0	1	2	3	4
48. Me enojo con facilidad	0	1	2	3	4
49. Como rápidamente	0	1	2	3	4
50. Me involucro en muchas actividades, me esfuerzo en las cosas que hago	0	1	2	3	4