



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGIA

**“ESTRÉS Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN UNA
POBLACIÓN DE JOVENES BACHILLERES”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

ELIZABETH RIVERA CAMPOS

J U R A D O

TUTOR: MTRO. ERNESTO VILLALOBOS BERNAL

LIC. JOSE PATRICIO PONCE

LIC. JULIETA MONJARAZ CARRASCO

LIC. SARA UNDA RODRÍGUEZ

LIC. SERGIO SALVADOR SALINAS JARQUÍN

México, D.F., Agosto 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MI MADRE: TERESA CAMPOS SANCHEZ

A MI PADRE: RAUL RIVERA VALADEZ

A MI HERMANO: RAUL RIVERA CAMPOS

A MIS AMIGOS:

KARLA CARINA CORONA GARCIA, PATRICIA OVIEDO LOPEZ, DEMETRIO
MATIAS PEREZ, A TODOS LOS QUE COMPARTEN
MIERCOLES A MIERCOLES CONOCIMIENTOS, PERO SOBRETODOS
AMISTAD.

A AQUELLOS AMIGOS QUE AUNQUE YA NO ESTEN
ME HAN ACOMPAÑADO EN LOS MEJORES MOMENTOS.

A MI SOBRINO: MATEO RIVERA RAZO
SIMPLEMENTE POR QUE CON SU LLEGADA A DADO
NUEVAS ALEGRÍAS A MI VIDA.

**A HUGO SERRANO BAUTISTA
POR CONFIAR EN MI Y POR
TODO LO QUE SIGNIFICA.**

**EN AGRADECIMIENTO A SU APOYO PARA NO DEJAR ESTO
INCONCLUSO.**

MI AGRADECIMIENTO ESPECIAL A:

VICENTE ZARGO RABAGO

POR QUE SIN TUS PALABRAS
DE ALIENTO, EN LOS MOMENTOS DIFICILES,
NO LO HUBIERA LOGRADO.

SALVADOR SALINAS JARQUIN

POR SU ASESORIA E INTERES
EN ESTE TRABAJO

ERNESTO VILLALOBOS BERNAL

POR TODO EL INTERES Y EL APOYO PARA
LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO PERO
SOBRETUDO POR SU AMISTAD.

Portada
Indice
Introducción
Modelos de estrés
Estrés y Adolescencia
Apoyo Social
Método
Resultados
Discusión
Conclusiones
Bibliografía
Anexos.

Palabras clave: Estrés, adolescencia, Bachillerato, apoyo social percibido, grupos de autoayuda, enfermedades psicosomática.

RELACION DEL ESTRÉS CON EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN UNA POBLACION DE JOVENES BACHILLERES.

RESUMEN.

Las numerosas investigaciones (Pollok, 1988; Belle, 1982; Lieberman, 1982) en torno al tema del apoyo social, ponen de manifiesto sus efectos benéficos sobre la salud física y mental, aunque aún continúa la incógnita sobre los mecanismos por los cuales se obtiene la compañía, la atención de alguien que escuche los problemas de otros y esté dispuesto a brindar dicho apoyo. Fue el objetivo de este estudio examinar la relación que existe entre el estrés y el apoyo social percibido de una población de jóvenes bachilleres. La muestra estuvo compuesta de 500 sujetos de entre 15 a 18 años, de ambos sexos. Se determinó azarosamente tomando a los números pares de las listas de los grupos. Para recolectar la información sobre las dos variables; Estrés y Apoyo social percibido, se utilizaron dos instrumentos: Para el caso de estrés se realizó una adaptación a *La Escala de Reajuste Social* de Holmes y Rahe (1967), para la medición del Apoyo Social Percibido se aplicó *La Escala Multidimensional de Soporte Social Percibido de Zimet y cols. (1988)*. Instrumento que considera a tres tipos de apoyo: pares, otros y familia. La aplicación se realizó en un semana, en las aulas de cada grupo, sin tener un horario en específico. El análisis de la información con el programa SSPS (Social Science Paquet Statistics) versión 14.0, bajo la prueba estadística de Kolmogorov – Smirnov, además del coeficiente de correlación de Pearson. Primeramente se presentan los resultados del Apoyo Social Percibido total y del Estrés total, así como su correlación y posteriormente, los tres componentes del Apoyo Social Percibido, incluidos en el instrumento (otros, pares y familia), así como sus correlaciones con el Estrés.

Se seleccionó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov – Smirnov, porque permite realizar una comparación entre una distribución teórica y una distribución muestra, además, la prueba está indicada para cualquier tamaño de muestra.

La hipótesis de investigación, que plantea una relación entre estrés y apoyo social, requiere ser demostrada a través de un índice de correlación, que represente el grado de asociación entre las variables. Para el caso de datos paramétricos, la medida usual de correlación es el coeficiente de correlación r momento-producto de Pearson, que además supone que los puntajes proceden de una población normal, y que representan valores cuantitativos de las dos variables (estrés – apoyo social) que pueden ser interpretados como pares relacionados.

Los resultados indican que es posible aceptar la hipótesis de investigación y suponer que existe una relación inversamente proporcional, es decir, a mayor estrés menor apoyo social percibido.

INTRODUCCION.

Cuando alguien quiere dar a entender que se siente agobiado por la enorme carga que representa sus labores cotidianas, tales como el trabajo, la escuela, el tráfico, el ruido, una separación de noviazgo ó marital, pérdida del empleo, etc.; suele expresar: “Me siento agobiado, tenso, nervioso, ó bien estresado”, este último concepto se ha generalizado, a partir de la semántica y sentido. La palabra como tal, es introducida por Seyle (1936; citado en Papalia y Wendkojolds, 2000) y se encuentra hoy en el lenguaje de cualquier persona. Estrés es la palabra de moda con la que se pretende expresar una presión con cierto tornasol de enfermedad física.

En la última década este malestar se ha incrementado y generalizados en distintos campos entre los que se encontramos la educación y la escuela en particular, esto no debería ya que la demanda de competencia genera y en el estrés de la escuela, el comportamiento competitivo, el temor del examen, la presión de las calificaciones llevan al <<dolor de vientre ocasionado por la escuela>> e, incluso, al suicidio a causa de la presión. Rosemann y Biermann (1977; citados por Martínez, 1982).

Uno de los obstáculos con respecto a la definición del estrés se refiere a la confusión del concepto mismo, dentro de la comunidad existe poca claridad en su definición, muchos hablan de estrés sin saber exactamente a lo que se refieren cuando dicen “estoy estresado” ó simplemente no reconocen la sintomatología del trastorno, lo que provoca que el padecimiento avance a grados amenazantes para la salud del individuo debido a que no cuenta con los recursos ó habilidades adecuadas para hacerle frente.

Debe aclararse que el factor Psicológico es sumamente relevante porque define la conducta operativa, los hábitos, el estilo de vida y las opciones personales, mediante las que el individuo selecciona o transforma el ambiente social y los recursos, así como los procesos endocrinológicos y viscerales ligados a los procesos mentales, emocionales y conductuales.

Es decir, el estrés involucra una interacción entre el medio ambiente, procesos Psicológicos y Fisiológicos, propuesta que se apoya en el modelo biopsicosocial.

El estrés es el resultado de dicha interacción su relación con la salud y la enfermedad depende de las creencias, evaluación y percepción que el individuo tiene de los sucesos vitales, en otras palabras, de acuerdo con Ellis (1962; citado por Beck, 2000); Goldfried y Davison (1994) de lo bien ó mal que las personas interpretan los sucesos cotidianos ó por las autoverbalizaciones que hacen de estos.

Los recursos de los que haga uso para controlarlo son tan variados como el estrés mismo, sin embargo, se cree que si el entorno social es una fuente importante de estrés, también debe de proporcionar los recursos con los que el individuo puede afrontar dicho suceso, de manera específica se habla del apoyo social.

Dentro del vínculo estrés y apoyo social nuevamente la creencia del sujeto cumple un papel fundamental. Es decir, la percepción que tiene de ambos eventos, adquiere un valor mucho más significativo.

Vaux (1988) afirma que percibir que existe apoyo social disponible, aunque sea falso, aumenta el bienestar Psicológico, aunque no se reciba como tal, tiene efectos beneficiosos para las personas.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar los niveles de estrés existentes en una comunidad estudiantil de nivel medio superior. Posteriormente, establecer los niveles de apoyo social percibido, correlacionar los niveles de estrés con el apoyo social y finalmente proponer la incorporación del apoyo social percibido como el recurso de afrontamiento que tiene posibilidades de mejorar el control de dicho evento, eficientando las relaciones significativas a través de la creación de grupos de apoyo.

En el primer capítulo se sitúan los diferentes modelos teóricos que proporcionan un acercamiento y esclarecimiento del concepto estrés. En el Capítulo dos, se revisan las conductas desadaptadas y el estrés en la adolescencia. Finalmente, se presenta el modelo de representación cognitivo-conductual del estrés.

En el tercer capítulo se presenta la definición y nivel de análisis del apoyo social; identificando los cuatro tipos importantes de apoyo, además de las cinco perspectivas teóricas que han sido propuestas como interpretaciones conceptuales del apoyo social percibido. Además, se pretende proporcionar un panorama general sobre las aportaciones que ha realizado la psicología para el estudio del estrés y su relación con el apoyo social percibido, para la cual se realiza una revisión de las investigaciones que han realizado tratando de incorporarlo como elemento importante para mejorar el afrontamiento del estrés.

En el capítulo cuatro, se expone con claridad y detalle; la problemática, el propósito y la metodología que se siguió durante esta indagatoria, asimismo, se describen en detalle cada uno de los instrumentos aplicados y se presenta una reseña de las últimas investigaciones en donde han sido utilizadas.

Los resultados obtenidos se presentan en el capítulo cinco, el apartado sobre la discusión con respecto a los resultados se presentan en el capítulo seis.

Finalmente en el capítulo siete se dan a conocer las conclusiones. Además de los apartados correspondientes a la bibliografía y los anexos.

1. MODELOS DEL ESTRÉS.

El estrés no es un constructo unitario, en realidad es un proceso que involucra una compleja interacción entre el ambiente, los procesos psicológicos y fisiológicos. Para establecer la relación entre el estrés y la salud es necesario definir el estrés y a partir de esto examinar la relación que tiene con la salud y la enfermedad.

Existen diferentes puntos de vista que conceptualizan el término estrés. En el siglo XIV fue utilizado para expresar dureza, tensión, adversidad ó aflicción. A finales del siglo XVIII, Hocke, en la física aplica el término a una fuerza que actúa sobre un objeto y que al rebasar una determinada medida conduce a la deformación o a la destrucción de ese objeto o sistema. En medicina, estrés pasó a ser usado para designar el esfuerzo de adaptación del organismo para enfrentar situaciones que considere como amenazantes para su bienestar y a su equilibrio interno. El organismo intenta ajustarse a esas condiciones del medio ambiente y actuar contra esa influencia perniciosa mediante la actividad o huir de ella.

La palabra estrés como tal, fue empleada la primera vez por Cannon, quien asocia tal concepto a toda reacción de lucha o huida que emprende el organismo ante todos los estímulos externos que pudieran provocar un cambio en su conducta, tales como el frío, calor, etc., reacciones en las que ocurren grandes cambios neuro-endocrinos; llamados algunos años antes en 1855, por Bernard Claude “medio interno”, quien lo define como un líquido que baña en sus regiones terminales a todas las células del cuerpo; el estrés al inducir estas modificaciones anormales provoca que el sistema endocrino-sanguíneo trabaje a marchas forzadas para lograr la homeostasis ó autorregulación; término también utilizado por Cannon. (Lazarus y Folkman, 1991).

El proceso de la homeostasis se refiere al mantenimiento de una condición relativamente constante en el organismo. Así, por ejemplo, cuando se enfría el cuerpo éste produce calor, cuando el cuerpo está amenazado por bacterias se producen anticuerpos para luchar contra éstas ó cuando existe algún peligro externo (por ejemplo, la presencia de un depredador) el organismo se prepara para llevar a cabo una respuesta de lucha o huida. Este patrón de respuesta involucra principalmente al sistema nervioso autónomo (activación del simpático e inhibición del parasimpático) y al sistema neuroendocrino. Los cambios en estos sistemas preparan al cuerpo para la acción a través de los diversos cambios fisiológicos y bioquímicos que generan (liberación de glucosa, incremento de las tasas cardíaca y respiratoria, incremento del estado de alerta, liberación de ácidos grasos, etc.).

Los investigadores Cramer y Block (1998) y Chandler (1986) han definido el estrés de diversas formas, a veces como estímulo, a veces como respuesta, las cuales se intentaran aclarar a continuación.

1.1 EL MODELO COMO ESTIMULO.

La monotonía, el aislamiento, el trabajo continuo bajo presión de tiempo, al calor, el cambio abrupto de ambiente, etc., son condiciones estresantes cuyos efectos generalmente provocan en el organismo reacciones de adaptación; estas reacciones pueden, sin embargo, no ser adaptativas. Desde este punto de vista, se toma el estrés como estresor, es decir, se refiere a las características del ambiente que exigen conductas de adaptación. Se pueden identificar tanto estresores externos (como las circunstancias en las líneas anteriores) como internos (impulsos, deseos, etc.) (Cramer y Block, op cit).

Este modelo contempla tres constructos en los cuales pueden presentarse los factores estresantes:

- 1) **Tensiones vitales persistentes**, por ejemplo sobrepoblación, malas condiciones de vida, insatisfacción en el empleo.
- 2) **Acontecimientos vitales importantes**, divorcio, jubilación, embarazo no planeado, etc.
- 3) **Problemas cotidianos**, son hechos cotidianos que sin ser tan relevantes causan niveles altos de tensión, son persistentes y acaban por producir niveles altos de estrés, (problemas maritales, en el noviazgo, en la escuela, etc.).

1.2 EL MODELO COMO RESPUESTA.

Este modelo argumenta que el organismo exhibe conductas como respuesta que intentan adaptarlo al estresor. Los sujetos pueden mostrar, diferentes estilos de respuesta ante el estrés, reacciones que significan el uso de determinados mecanismos de defensa, por ejemplo, enfriamiento de manos, jadeos, tensión en los músculos, etc. (Cramer, 1987).

En sus primeros experimentos, Seyle (1936; citado por Papalia y Wendkojolds, 2000), administró tóxicos muy diversos a animales de experimentación, observando en ellos una respuesta estereotipada y uniforme, consistente en la tríada: infartos e hiperplasia de la corteza suprarrenal, atrofia del timo y ganglios linfáticos y ulceración de la mucosa gastroduodenal. Estos efectos o estrés biológico, están relacionados con la producción masiva de cortioesteroides.

Así Seyle (op cit) define el estrés como *“una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia hecha sobre él”*; el proceso total de adaptación es inespecífico en el sentido de que está más allá de la respuesta de un individuo específico (por ejemplo, Sudar) y la demanda individual específica de ajuste (por ejemplo, calor). El trabajo que el cuerpo tiene que hacer para adaptarse a las demandas del elemento que produce el estrés es independiente de la respuesta específica. En los años 30 descubrió que inyectando a las ratas dosis no mortales de veneno o exponiéndolas a estímulos nocivos como frío, calor, infecciones, traumas, entre otros, aparecía un grupo predecible de síntomas, representados por ciertos cambios Fisiológicos definidos; como por ejemplo, la corteza, o capa exterior, de las glándulas adrenérgicas se dilata, volviéndose hiperactiva; todas las estructuras linfáticas (bazo, timo, etc.) se contraen y se desarrollan úlceras abiertas en el estómago y en el intestino delgado. (Seyle, op cit).

Seyle (op cit) denominó a este grupo de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta “Síndrome General de Adaptación”; el cual entra en acción cuando el sujeto esta sometido a un estrés crónico.

Diferenció dos tipos de estrés uno positivo, también llamado “eustres”, que permite que el individuo funcione adecuada y eficientemente, otro negativo, reconocido como “distrés”, el cual ocurre cuando las presiones ultrapasan los limites de una determinada persona, le agotan su capacidad de reacción, reduciéndole la energía mental, física y perjudicar la productividad y la calidad de vida que puede resultar en enfermedades.

Desde esta postura el estrés se desarrolla en tres etapas:

Figura 1. Ilustra el proceso llamado Síndrome General de Adaptación.



En una primera fase del Síndrome ocurre una reacción llamada fase de alarma que a su vez se divide en dos momentos: Shock en la que el Sistema Simpático libera los neurotransmisores (epinefrina y norepinefrina), las cuales provocan diversos cambios fisiológicos generalmente asociados con las emociones, existe un aumento en la secreción de adrenalina, tasa cardiaca, presión sanguínea, frecuencia respiratoria, entre otros. Posterior a esto entra en escena el contrashock; en donde el cuerpo reacciona para movilizar sus defensas. En la segunda fase; la de resistencia la reacción de shock desaparece e inicia la secreción de corticoides, la hormona segregada por la corteza suprarrenal se estabiliza y el sujeto funciona aunque este estresado, es decir no percibe la mayoría de los otros estímulos; sin embargo, si la situación persiste, aparece la fase de agotamiento, en donde la reacción cuartada por el organismo decae, terminando con todas las defensas del organismo provocando daños irreversibles que pueden acabar en la muerte. (Figura 1).

1.3 MODELO TRANSACCIONAL.

A partir de la Segunda Guerra Mundial los estudios sobre el estrés crecieron por razones mas que evidentes, las investigaciones se enfocaban a observar el desempeño de los soldados en situaciones de combate y a las secuelas psicológicas de los individuos recluidos en los campos de concentración.

Derivado de estos y otros estudios la definición del estrés cambia de una definición simplista de estímulo ó respuesta inespecífica del organismo como lo menciona Seyle (op cit) a una relación de ambos conceptos, naciendo así el modelo transaccional, el cual establece que el estrés es “El 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”. (Lazarus, 1991).

Es decir, se trata de la interacción entre los estímulos del medio ambiente y las respuestas que el individuo emite ante la exposición a estos. En este contexto, el término “estresor” es a menudo usado para referirse a las condiciones ambientales y organizacionales. (Snyder, 1989).

Desde este punto de vista estrés queda definido como un estado de activación automática y neuroendocrina (córticosuprarrenal) de naturaleza displacentera, que implica un fracaso adaptativo con cognición de indefensión e inhibición inmunológica y conductual. Esta definición toma en cuenta aspectos del ambiente, así como la esfera cognoscitiva. (Snyder, op cit).

El estrés se produce cuando se da una activación mayor de la que el organismo es capaz de reducir con sus estrategias de afrontamiento. El estrés representa la incapacidad para mantener niveles óptimos de rendimiento, implica un fracaso adaptativo ante un exceso de activación y tiene repercusiones emocionales.

Interviene tanto un estímulo como la interpretación dada a la situación. Dicha relación tiene que ver con la forma en que impacte tal estímulo en el individuo, es decir, la demanda en el medio, así como las posibilidades de afrontarlos, los recursos y estrategias de afrontamiento.

Lazarus y Cohen (1977; citado por Lazarus, op cit) hablan de tres tipos de acontecimientos:

1. Cambios mayores: Se trata de hechos que pueden ser prolongados, o que pueden ocurrir de forma sumamente rápida. Como por ejemplo, desastres naturales, guerras, accidentes, etc. (estresores externos).

2. Cambios menores: Solo afectan a una persona, o a unas pocas, entre ellos se encuentran, la muerte de un ser querido, una enfermedad incapacitante, la pérdida del empleo, divorcios, la violación, etc. (estresores internos).

Sin embargo, nuestras vidas están llenas de situaciones mucho menos graves que surgen como consecuencia de los roles que representamos a lo largo de nuestra vida, se tratan de aquellas pequeñas cosas que pueden perturbar la tranquilidad del sujeto en un momento dado, y pueden ser más importantes en el proceso de adaptación y conservación de la salud. Son llamados por dichos autores como Ajetreos diarios entre ellos se encuentran excesivas responsabilidades, sentirse solo, reñir con la pareja y algunas transiciones en el ciclo de la vida como por ejemplo: Los cambios biológicos y sociales que marcan la pubertad y la adolescencia, el matrimonio, procrear y criar hijos, etc. (estresores internos).

Estas situaciones tienen distintas características que modifican el tipo de reacción del organismo: Duración, severidad, posibilidad de pronóstico (por ejemplo si al hacer una petición se hace en el momento o fue una tarea que se asignó con anterioridad), Grado de pérdida de control, (el no poder influir en las circunstancias por ejemplo, un terremoto), el nivel de confianza en sí mismo (que con frecuencia da como resultado una reducción

en la efectividad personal), aparición repentina, (tiene una influencia en la forma como nos preparamos para controlar una situación en particular).

1.4 COMO FALTA DE CONTROL.

Mientras Lazarus & Folkman (1991), ven al estrés como un proceso que resulta de la interacción de las variables ambientales y personales. Otros han intentado delinear aspectos del ambiente que probablemente resultan del estrés. Entre ellos el nivel socioeconómico y el lugar de trabajo., entre otros.

Karasek y Theorell, (1990; citado por Contreras, y cols., 2001) identificaron dos aspectos en el ambiente laboral que parecen mediar el estrés y la salud-enfermedad; el primer factor hace notar las demandas que el trabajo impone al individuo, el segundo factor señala el grado de autonomía que el individuo tiene para manejar cualquier tipo de demanda. Estos dos factores independientes ó juntos permiten predecir el estrés laboral. Además los autores mencionan que la combinación más estresante de circunstancias laborales son aquellas que involucran una alta o excesiva carga de trabajo combinada con un bajo nivel de autonomía laboral.

Cuando se dice que un individuo esta “desgastado profesionalmente”, ésta sentencia refleja una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo inadecuado o bien la actitud incomprensiva de los clientes que son los que agotan la capacidad de reacción adaptativa y por otro lado la demanda de la autonomía laboral no se encuentra satisfecha sino dispone de recursos adecuados para amortiguar el estrés que el trabajo implica, experimentando una constelación de síntomas ante las demandas de su entorno laboral, fenómeno al que se le conoce en el área laboral como burnout. (Navarro y Noriega, 2003).

El burnout se caracteriza por la presencia de agotamiento físico y psíquico, además de sentimientos de impotencia, desesperanza y extenuación emocional, derivados de un autoconcepto negativo que se refleja en actividades y actitudes pesimistas hacia el trabajo, la vida y los demás, actitudes como el trato frío y despersonalizado ó por un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar. El rasgo fundamental del ‘burnout’ es el cansancio emocional o lo que es lo mismo, la sensación de no poder dar más de si mismo. (Lemkau, y cols.,1988).

1.5 EVENTOS VITALES COMO FUENTE DE ESTRÉS.

Holmes y Rahe (1967) adoptaron un modelo psicológico de estrés, independiente de los procesos fisiológicos, haciendo énfasis en la relación entre eventos vitales mayores tales como la evolución de la patología. Hoy día se ha extendido el modelo de explicación basado en este paradigma además se han encontrado evidencias de asociaciones entre la ocurrencia de los eventos vitales, los accidentes y la enfermedad.

Los estudios sobre los efectos de los eventos cotidianos sobre la salud mental suelen ser limitados y a corto plazo Cockerham (2001; citado por Tobón, Rojas, y Vinaccia, 2004). A veces ciertas situaciones extremas pueden convertirse en condiciones más o menos crónicas; por ejemplo, el estrés prolongado en algunos veteranos de la Guerra de Vietnam

han tenido como consecuencia perturbaciones graves, tales como el trastorno de estrés postraumático; éste es un fenómeno muy documentado en la literatura científica y es similar a algunas reacciones patológicas asociadas a situaciones estresantes extremas más cotidianas como violaciones, maltrato, etc.

No obstante, el concepto de cambio vital es un término central en sucesos menos traumáticos y normativos, es decir, en los denominados sucesos vitales en este sentido la línea de explicación trazada por Holmes y Rahe (1967), ejemplifican aquellos sucesos vitales ubicados en situaciones sociales tan dispares como el matrimonio, la pérdida de un hijo, la separación matrimonial, el divorcio, la compra de casa, el despido laboral, el cambio de residencia, el encarcelamiento, el embarazo, etc.

La investigación basada en los sucesos vitales no se centra en un suceso concreto (por ejemplo, una situación bélica), sino en la acumulación de varios sucesos ocurridos durante los últimos años (habitualmente entre el primero y los tres últimos años), fenómeno que se conoce como estrés reciente.

Aunque la reacción de estrés como se puede observar con lo dicho anteriormente es, en principio, expresión de las funciones adaptativas del organismo, puede causar o favorecer la instauración de procesos patológicos, a los que (Seyle, op cit) llamó enfermedades de adaptación, es decir, trastornos concretos producidos por estrés.

En otra circunstancia, pero bajo el mismo concepto Levy (1969; citado por Martínez, 1982) en sus investigaciones observó las diferentes modificaciones fisiológicas que sufría el organismo ante la exposición de diversas situaciones emocionales como el cólera y excitación. Esto quiere decir que tanto el dolor como el placer son capaces de determinar las modificaciones fisiológicas.

Como se mencionó anteriormente el distrés es el fracaso de la adaptación y la pérdida de la homeostasis del organismo ante la larga duración del estrés, ocasionando lesiones graves o daños patológicos en el individuo. Dicho de otra manera, cuando el estrés se presenta en forma crónica, exigiendo una adaptación constante, termina con la resistencia del organismo, agotando sus recursos fisiológicos. En este mismo sentido se han confirmado que el estrés es una situación idiosincrática, pensemos en situaciones de la vida cotidiana, por ejemplo, como nos explicamos que los individuos bajo situaciones diferentes manifiesten reacciones parecidas, por ejemplo aquel que presenta un examen final, comienza con transpiraciones, palpitaciones, si no logra controlarse al cabo de un tiempo termina paralizado, inmovilizado ó simplemente olvidando todo lo que había estudiado; obviamente reprobando su examen.

Así tenemos que durante la Segunda Guerra Mundial, Grinker y Spiegel (1945; citados por Lazarus y Folkman, op cit) observaron que los soldados quedaban inmovilizados ó paralizados en momentos críticos en los que eran sometidos al ataque del enemigo, estos individuos manifestaban depresiones de tipo neurótico.

No es lógico que un sujeto responda de igual manera a dos eventos diferentes, probablemente depende de la importancia ó el significado que tenga para él, por eso es que hay personas que reaccionan de una forma inesperada a alguna situación banal como el tráfico, cancelación de una cita, desaprobación de amigos, término del noviazgo, inicio del semestre, etc., situaciones que para otros parecieran poco estresantes, pero que para ellos simboliza ó guarda relación con alguna situación pasada ó presente de su vida. Lazarus (op cit), plantea que la diferencia en la respuesta del organismo ante situaciones similares depende de los procesos cognitivos intermedios. Es decir, el individuo evalúa las consecuencias del acontecimiento, a partir de la relación que hace de la situación y la vivencia de la misma, derivándose de ahí, las consecuencias fisiológicas.

1.6. PROCESO DE EVALUACION

El grado en el que el sujeto se siente amenazado depende de la estimación de sus recursos, que a su vez se basan en gran parte, en la información que proporciona el ambiente, sus propias experiencias y características socioeconómicas, de personalidad, fase de vida que atraviesan y muchas otras cuestiones.

Retomando a Lazarus (op cit) la evaluación cognitiva es el proceso mediante el cual una persona evalúa la importancia del encuentro con el medio ambiente y su bienestar (evaluación primaria) y considera las posibles respuestas (evaluación secundaria) para orientar las demandas psicológicas y ambientales de tal encuentro. En la evaluación primaria el organismo determina si una situación es importante para su bienestar y si las señales lo amenazan, cambian o perjudican. En la evaluación secundaria, la persona determina qué opciones y recursos de afrontamiento tiene disponibles en ese momento para manejar la situación.

De tal cuenta la evaluación es un elemento relevante en el proceso del estrés, sin embargo este fenómeno no se puede medir en forma directa, sólo nos permite hacer una hipótesis en la cual incluimos, pensamientos, sensaciones, emociones, percepciones y acciones en los eventos de desastre.

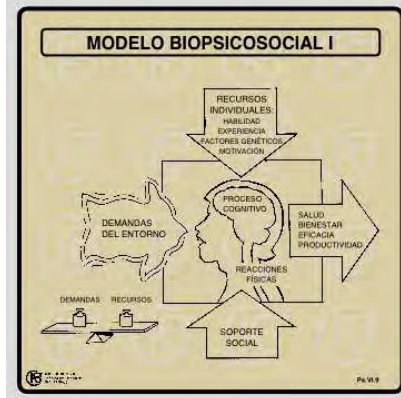
La efectividad de las estrategias para afrontar, la evaluación original del evento pueden cambiar, de igual forma el proceso de estrés puede evolucionar en uno u otro sentido y no exacerbarse o moderarse. La efectividad del proceso de afrontamiento en la moderación del impacto del estresor ambiental es un predictor significativamente mayor de la salud y enfermedad, que la frecuencia e intensidad aparente del estresor. Por otro lado, es importante mencionar que la evaluación que el individuo haga de los sucesos de la vida y los recursos de afrontamiento a los que recurra está íntimamente relacionada con la vulnerabilidad que tienen ante éstos. La vulnerabilidad al estrés de una persona esta influenciada por su temperamento, capacidades de afrontamiento y el apoyo social real ó percibido que recibe de los otros.

Bajo esta misma línea, el modelo biopsicosocial postula que, no solo las situaciones individuales causan estrés sino la condición social bajo la que la persona se encuentra ubicado, es decir, para esta postura en el desarrollo del estrés interactúan 3 procesos. A continuación se intenta dar una breve descripción del modelo.

1.7. MODELO BIOPSIICOSOCIAL.

Con el modelo biopsicosocial nacen construcciones conceptuales como las de “infrasistema” y “suprasistema”, apareciendo nuevos elementos en el desarrollo del modelo: la conducta y la experiencia del individuo como parte del infrasistema personal; por otro lado, la familia, la comunidad y la sociedad como parte del suprasistema cultural, haciendo evidente la interrelación entre los niveles biológicos, Psicológicos, sociales y culturales. (Sabelli y Sabelli, 1989).

Figura 2. Describe al modelo Biopsicosocial.



Como ya se ha mencionado, para esta postura el estrés involucra la interacción entre el contexto social, ambiental, los procesos Psicológicos y Fisiológicos. Sin embargo, dentro de dicha interacción, los procesos Psicológicos son importantes ya que a través de ellos el individuo evalúa ó modula las respuestas a las demandas del entorno, a partir de sus recursos individuales. Es decir la **creencia** de lo grande ó pequeño del cúmulo de eventos cotidianos determinará el grado de sus respuestas Fisiológicas, convirtiendo estas en amenazantes para su bienestar ó su salud.

Dentro de los factores interactuantes, que incluye esta postura se tienen:

1. Estilo de vida
 - a) Hábitos dietéticos
 - b) Tabaquismo
 - c) Alcoholismo.

2. Influencias sociales
 - a) Género
 - b) Nivel socio-económico

- +3. Psicológicos
 - a) Experiencia
 - b) Personalidad

El modelo biopsicosocial engloba los elementos antes expuestos, los clasifica en tres factores importantes: estilo de vida, influencia social y los procesos Psicológicos., bajo los cuales se incluyen los ya antes citados, todos ellos precipitan o coadyuvan al

desarrollo del estrés en el organismo. Pero como se ha citado a lo largo de esta exposición, en realidad la *evaluación* y la manera de afrontar cada uno de ellos ó el conjunto de todos, dependerá *de la interpretación que se haga de la situación y de las creencias* que el sujeto tenga de la gravedad o importancia de los factores y acontecimientos.

En este sentido, Mahoney y Meichembaum (1977; citados por Gross, 2001) argumentan que muchos de los problemas clínicos, se pueden describir mejor como trastornos del pensamiento y el sentimiento, dado que la conducta está controlada en gran medida por la forma en que se piensa, lo anterior tiene una total correspondencia con la postura cognitiva, quien de acuerdo a lo antes expuesto puede considerarse incluida en el modelo Biopsicosocial, con la siguiente propuesta:

1.7.1. UNA EXPLICACION COGNITIVA.

En el campo de la teoría cognoscitivo-conductual se plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y el comportamiento de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan estas situaciones. Ellis, (1962; citado por Beck, 2000).

1.7.2. CREENCIAS.

A partir de la infancia, los individuos desarrollan ciertas creencias acerca de uno mismo, las personas de las que están rodeados y el mundo. Dichas creencias pueden ser centrales y son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas “son”. Estas inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones.

Las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Los pensamientos automáticos, que son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son, en cambio, específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición.

Las creencias centrales y las intermedias se originan desde las primeras etapas del desarrollo, en donde las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan, además organizar sus experiencias de una manera coherente que le permita interactuar con el mundo, lo que conlleva ciertos aprendizajes que va integrando para conformar así sus creencias tanto funcionales como disfuncionales., las creencias disfuncionales (pensamientos irracionales) pueden ser “desaprendidas” y pueden integrarse otras que estén más basadas en la realidad.

Ellis (1962; citado por Beck, op cit) acepta la idea de que gran parte de la conducta desadaptada se determina por lo bien ó mal que las personas interpretan los sucesos cotidianos ó por las muy usadas autoverbalizaciones que hacen de estos.

Bajo esta premisa la diferencia que existe entre los individuos con respecto a su reacción ante los acontecimientos estresantes se produce en la línea de la concepción que la gente tiene de sí misma., la experiencia de estrés y otros eventos se encuentra fomentada o incentivada por las verbalizaciones que nos hacemos a nosotros mismos (por ejemplo que “no somos buenos ó no somos apreciados por las personas significativas en nuestra vida”, “no soy capaz de enfrentar los problemas”,ó simplemente “nadie esta dispuesto a ayudarme”).).

Muchas creencias irracionales son más comunes de lo que se piensa y contribuyen a los problemas emocionales y conductuales.

La importancia de factores personales como la motivación y el afrontamiento (traducción al castellano del término inglés *coping*, término que corresponde a la acción de arrastrar, enfrentar, etc.), formularon cambios en el planteamiento, naciendo así la relación entre estrés-enfermedad y pensamiento psicossomático, enfermedades que se infiere son derivadas por la sobreproducción de hormonas y estructuras involucradas; afectando todos y cada uno de los sistemas.

En síntesis, el estrés se inicia como pensamiento ante situaciones demandantes, repercute en la fisiología del individuo; y también termina con las relaciones sociales. Ya que un individuo estresado que al inicio pareciera motivado y excitado al mantenerse a una exposición prolongada con el transcurso del tiempo se ve fatigado e irritable, lo que conlleva a que la gente lo aisle por su “Mal carácter”; terminando con las relaciones que en algún momento son significativas y de apoyo para el sujeto al menos para sentirse escuchado.

Continuando con la línea propuesta por el enfoque cognitivo se tiene que si todo lo que altera al individuo no son más que sus propias creencias, estas también adquieren importancia a la hora de evaluar la *ayuda* que recibe de los otros. Es decir, que la cantidad de apoyo social con la que cuenta un sujeto, esta determinada por sus propias verbalizaciones o creencias, para nuestro estudio, se tratara de explicar el apoyo social percibido es decir lo que el alumno *crea recibir* de apoyo tanto de sus amigos, familia y otros., además de otras personas significativas en su vida.

Se puede decir que, el estrés comienza con un pensamiento que se apoya principalmente en la sensación. En otras palabras, si una situación es percibida como estresante, se responderá de acuerdo a ello. Lo que es estresante para una persona, no lo será necesariamente para otra esto dependerá de el valor que el organismo le confiera al pensamiento que le causa tensión ó miedo, durante este período, incrementarán los intentos del cuerpo para prepararse para la lucha o la huida (aunque la mayoría de los estresores a los cuales nos enfrentamos hoy en día no son del tipo contra los que podemos pelear físicamente o huir, pero generan mayor tensión muscular de la que necesitamos), no obstante, aunque la respuesta ante el estrés puede ser altamente adaptativa, se ha confirmado que durante exposiciones prolongadas el organismo termina con un daño irreversible que puede incluso llegar a la muerte. Por lo que se considera que

el estrés constituye un factor de riesgo en el desarrollo e instauración de trastornos psicofisiológicos, los cuales serán definidos a continuación.

1.8. REACCIONES CLINICAS ANTE EL ESTRES.

El estrés desempeña un papel importante en la mayor parte de las condiciones que constituyen un trastorno en la salud y desarrollo del organismo. Los trastornos del estrés que requieren atención médica son patológicos porque van más allá de las reacciones cognitivas y emocionales normales y esperadas, hasta los desafíos personales más severos. Este apartado revisará algunas condiciones que están relacionadas con el desencadenamiento del estrés.

1.8.1 TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS.

No es sencillo, en pocas líneas, esbozar el complejo mecanismo psico-neurofisiológico que comprende no ya el Síndrome sino el Sistema general de adaptación y su fracaso en la adaptación al medio y sus estresores como fuente generadora de estrés. La respuesta física, psíquica y biológica al estrés, con sus alteraciones en el equilibrio bioquímico y metabólico de nuestro organismo, cuando llega a la etapa de agotamiento, nos plantea la ubicación del estrés en la puerta de entrada de la medicina psicosomática. Este agotamiento lleva invariablemente a provocar, en primer lugar, trastornos funcionales y luego enfermedades de adaptación.

Suls y Rittenhouse (1987) han señalado una variedad de referentes históricos que llegan hasta Aristóteles. El cual señalaba la idea de que ciertos procesos psicológicos podrían culminar en enfermedad física.

Para Taylor (1986) se tratan de padecimientos orgánicos en los cuales existen componentes psicológicos y emocionales que determinan la etiología, mantenimiento y desarrollo.

Por otro lado en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (1985) se aclara la participación de los procesos psicológicos en la aparición de síntomas físicos tales como temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimientos musculares, así como náuseas, boca seca, diarreas, etc. los cuales obligan al sujeto a buscar atención médica debido a que provocan un deterioro significativo en las áreas sociales, laborales, interpersonales entre otras importantes para el individuo.

Síntomas que en un primer momento se derivarán de la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej. drogas o fármacos). Pero tras un examen adecuado, ninguno de estos pudo atribuirse a dicho evento.

Además, en el caso de existir una enfermedad orgánica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

Es decir, se trata de padecimientos; sin aparente causa orgánica que los explique. Como ya se ha mencionado con anterioridad muchos son los estímulos que pueden generar estrés, los cuales pueden afectar al sistema hormonal, al sistema autónomo y al sistema inmunológico.

González, M. y cols. (2006) exploraron en una muestra de 234 estudiantes de psicología de una Universidad Pública y los compararon con alumnos de Universidad privada en términos de la presencia ó ausencia de síntomas psicósomáticos auto-informados: los resultados arrojaron una correlación entre los niveles de estrés percibido y los síntomas psicósomáticos en el 21.8% de los estudiantes; con una diferencia significativa entre la Universidad privada y la pública. Una correlación significativa entre el estrés y los síntomas psicósomáticos, además de un mayor nivel de ambas variables en mujeres que en hombres.

Las experiencias ó tensiones emocionales pueden afectar la salud física y mediante sus consecuencias fisiológicas, prolongar las infecciones haciendo al individuo más vulnerable a diversas enfermedades. (Kiocolt y cols. 2002).

A continuación se presentan algunos síntomas clínicos del estrés, son múltiples y se originan en uno o varios órganos:

1. **Generales:** Astenia, adinamia, anorexia, aumento de apetito, ronchas, prurito, hiperhidrosis, dermatosis, etc.
2. **Cardiopulmonares:** disnea de reposo, palpitaciones, dolor torácico, sensación de ahogamiento, muerte súbita, hipertensión arterial.
3. **Dolor:** en extremidades, espalda, regiones cervical y lumbar, articulaciones, durante la micción, cefaleas, otros.
4. **Digestivos:** náusea, vómito, dolor abdominal, sensación de distensión abdominal, estreñimiento, diarrea (una o dos evacuaciones), intolerancia a varios alimentos.
5. **Neurológicos:** amnesia, dificultades para la deglución, pérdida de voz, sordera, visión doble o borrosa, sensación de que los objetos se alejan (pantallas de televisión o cine).
6. **Reproducción femenina:** dismenorrea, irregularidades menstruales, suspensión de la menstruación, vómitos durante el embarazo.
7. **Sexuales:** sensación de ardor o impotencia.

En la tabla que se presenta abajo se señalan algunos síntomas físicos que se presentan a corto y largo plazo los cuales representan una fuente importante de Estrés, sin embargo, cabe aclarar que algunos síntomas que ocurren de manera aislada pueden no tener una significancia importante, pero si varios de ellos se conjugan en un mismo momento; el estrés pudiera estar afectando a la persona.

Por otro lado, a medida en que el estrés aumenta, la habilidad del individuo para reconocerlo disminuye ya que los síntomas a corto plazo ocurren cuando el cuerpo se adapta a los cambios físicos causados por la liberación de Adrenalina. A pesar que la persona los percibe como desagradables y negativos, son signos indicadores que el cuerpo esta listo para la acción de sobrevivencia ò de alto rendimiento. Los síntomas a largo plazo ocurren cuando el cuerpo ha sido expuesto a la acción de la Adrenalina por largos períodos de tiempo, cuando esto sucede la salud puede empezar a deteriorarse. Los síntomas que más comúnmente se presentan son los siguientes:

Tabla 1. Síntomas clínicos del estrés.

SINTOMAS FISICOS A CORTO PLAZO	SINTOMAS FISICOS A LARGO PLAZO	SINTOMAS INTERNOS DE ESTRES A LARGO PLAZO.
Aceleración del ritmo cardíaco	Alteraciones del apetito	Ansioso y preocupado
Aumento de la sudoración	Fríos frecuentes	Confusión y dificultad para concentrarse o tomar desiciones
Piel fria	Enfermedades como: asma, problemas digestivos	Reducción del interés sexual
Sensación de náusea y mariposas en el estómago	Diversos trastornos sexuales	Sentirse fuera de control o abrumado
Respiración rápida	Dolores en general	Cambios de conducta: depresión, frustración, hostilidad, irritabilidad
Músculos tensos	Sensación de fatiga extrema y constante	Se siente mas letárgico
Deseos constantes de orinar	Cefaleas	Dificultad para dormir
Diarrea o estreñimiento	Dolores de cuello y espalda	Ingiere mas alcohol o fuma más.
Manos y pies fríos	Erupciones de la piel	Cambio en hábitos de comida.

Los datos para elaborar la tabla anterior fueron tomados del documento "[How k.o. master Stress](http://www.psywww.com/mtsite/smpage.html)" www.psywww.com/mtsite/smpage.html. Consultado el DIA 06 /08/07.

Es de suma relevancia, que antes de precipitarse a establecer un diagnóstico sobre el tipo de estresor que pone en jaque al individuo y diagnosticar las manifestaciones biológicas es lo correcto descartar alguna lesión orgánica; a través del apoyo de un especialista en la salud.

Hasta este momento es notorio que las situaciones a las que día a día se enfrenta el individuo provocan altos niveles de estrés los que a su vez, afectan a la salud, a la calidad de vida y la longevidad. Cockerham (2001; citado por Tobón, 2004).

Sin embargo, es importante mencionar e incluir otras variables tales como los estilos o hábitos de vida (por ejemplo, fumar, tomar drogas, hacer poco ejercicio físico, seguir una dieta poco saludable, etc.). Estas variables pueden ir de la mano con el estrés, ó llevarlas a, (por ejemplo, el nivel elevado de estrés laboral puede incrementar la práctica de hábitos insanos como fumar y abusar del alcohol, o reducir la práctica de hábitos saludables como la frecuencia de ejercicio físico, etc.), lo cual sugiere que el estrés no sólo puede inducir efectos directos sobre la salud, sino también efectos indirectos a través de la modificación de los estilos de vida. De hecho, algunos autores han sugerido que este tipo de estrés diario es mejor predictor de la perturbación de la salud, particularmente de los trastornos crónicos, que los sucesos mayores (Kanner et. al., 1981; Sandín, 2003). De este modo, podría afirmarse que es el impacto acumulativo de estos sucesos cotidianos lo que, en último término, debería tener una mayor significación y proximidad con la salud de las personas.

1.8.2. CONDUCTAS DESADAPTADAS.

TRASTORNO ADAPTATIVO: Un trastorno adaptativo no comprende una conducta en extremo extraña y no es parte de un patrón de desadaptación que dura toda la vida. Las probabilidades de una recuperación total cuando el nivel de estrés se reduce son buenas. Una persona con un trastorno adaptativo es alguien que no se adaptó tan bien como las personas promedio a uno o más desencadenantes del estrés que se presentaron en los tres meses anteriores. Estos pueden comprender una transición del ciclo de vida.

TRASTORNO POSTRAUMÁTICO: Los trastornos postraumáticos comprenden experiencias extremas cuyos efectos se pueden extender durante un período prolongado. Una característica frecuente es una tendencia a volver a experimentar el suceso. Además de volver a experimentar el desencadenante del estrés, las personas, quizá muestren excitación autonómica excesiva, estado de hiperalerta, etc. En algunos casos, pueden existir brotes de conducta impulsiva, por ejemplo, ausencias del trabajo, abuso del alcohol y las drogas.

TRASTORNO DISOCIATIVO: Son disturbios o alteraciones en las funciones de identidad, memoria y conciencia. Se puede presentar en forma espontánea o gradual y puede durar un breve período o ser duradero y crónico. Las personas con estos trastornos emplean una variedad de recursos con el objetivo de “huir” de los conflictos provocados por el estrés.

Se clasifican como trastornos disociativos:

1. Amnesia psicógena
2. Fuga psicógena
3. Personalidad múltiple
4. Despersonalización.

Estos trastornos comprenden grandes lagunas mentales y cambios drásticos en los roles sociales. (Braun, 1990).

2. ESTRES Y ADOLESCENCIA.

Para los adolescentes, es especialmente difícil manejar varios desencadenantes del estrés que ocurren casi al mismo tiempo, en la adolescencia el estrés está relacionado particularmente como consecuencia de cambios vitales por ejemplo; educativos (un examen final, reprobación de una materia, problemas con los profesores), demográficos, de rol, socioeconómicos, dentro de la dinámica en las relaciones entre padres e hijos, pares, la pareja, etc. Situaciones que en el siguiente capítulo se intentarán explicar. Una sociedad, inmersa en un proceso de cambio acelerado de todas las esferas de la vida humana –con todas sus paradojas y contradicciones, exige transformaciones profundas en la organización y operación de la educación en general y la educación terciaria en lo particular. El cambio es constante, acelerado y afecta a toda la vida de la sociedad; se da en la actividad económica, en las formas de organización del trabajo y en las bases técnicas de la producción, surgiendo nuevas necesidades y exigencias relativas a las competencias y conocimientos que individuos necesitan para insertarse efectivamente en todos los ámbitos de la realidad. (Rodríguez, 1999).

De esta manera el individuo para lograr emplearse tiene la obligación de aprender desde el uso de las tecnologías de la información, economía, administración, entre otras disciplinas, pero referidas solo a una aplicación inmediata, lo que se requiere es un individuo que aplique los conocimientos técnicos, sin invertir mucho tiempo y dinero en su especialización.

Por lo tanto, es evidente que la educación se encuentra dentro de los pilares fundamentales del desarrollo cultural y socioeconómico de los individuos, las comunidades y las naciones así que, tiene como reto emprender acciones que conlleven a la transformación y renovación del conocimiento que permita la integración de los individuos a las nuevas exigencias laborales y sociales. Como parte de estas acciones aparece el modelo tecnológico como una alternativa al modelo tradicional; el cual se extiende en todos los estados de la República Mexicana. “Está preparada para el desarrollo de una actividad específica en los sectores industrial y de servicios como el CONALEP (Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica), que constituyó el proyecto de educación durante el sexenio de López Portillo (1976-1982), otro ejemplo es nuestro Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México. Castrejón (1988; citado por Márquez, L. 2002).

Esta Institución fue creada por el Gobierno Federal y la Secretaría de Educación Pública, el objetivo: impulsar un nuevo modelo educativo que contribuya al desarrollo del Estado y ofrezca un mejor nivel de vida a los mexicanos apoyado en la educación media superior tecnológica del Estado. Así que la Ley que crea el organismo descentralizado de carácter Estatal lo denominan con el nombre de Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México.

Otra modalidad para que los jóvenes se inserten en la vida moderna es el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México, el que tiene por objetivo impartir educación bivalente de carácter tecnológico, reforzar el proceso enseñanza aprendizaje con actividades curriculares y cocurriculares, así mismo, realizar programas

de vinculación con los sectores público, privado y social que contribuyan a la consolidación del desarrollo tecnológico y social del ser humano, solo por mencionar los que se consideran relevantes y tienen gran enlace con este proyecto. **Decreto No. 48, Periódico Oficial, Gaceta del Gobierno. 19 de Octubre de 1994.**

Sin embargo, al egresar, el alumno no tendrá la seguridad de adentrarse con éxito al mundo laboral, ó por otro lado, continuar con sus estudios a nivel superior, ya que sus posibilidades son menores debido a múltiples variables, entre ellas, la gran demanda a las instituciones educativas de nivel superior, la economía familiar, solo por citar algunas, lo que le llevará a buscar un empleo que pocas veces tendrá relación con el perfil de egreso. Esta incertidumbre ante su futuro, incrementa sus cargas de ansiedad.

Por otro lado, la demografía constituye otra de las variables con una influencia importante en el comportamiento de los individuos en todos sus niveles. La creciente demanda de escolaridad, servicios, empleo, etc., de la población, exige una reflexión sobre las orientaciones del desarrollo futuro de nuestros jóvenes.

México es un país joven. Esta característica es una de sus mayores fortalezas y al mismo tiempo lo enfrenta a grandes retos:

En 1996, tenía una población compuesta en un 54% por niños y jóvenes entre 5 y 29 años de edad, mientras que en Canadá era del 35%, en Estados Unidos del 36% y en todos los países de la OCDE del 36% en promedio. México tiene, por tanto, que realizar un esfuerzo muy superior al de cualquiera de estos países en todos sus niveles. Por grupos de edad se mantienen estas diferencias: en México la población entre 5 y 14 años representa al 24% del total mientras que el promedio de los países miembros de la OCDE es del 13%; el rango de los 15 a los 19 años es del 11% contra un 7% y el de 20 a 29 años es del 19% frente a un 15%. (Rodríguez, op cit).

El Consejo Estatal de Población (COESPO) estima que en la actualidad la población ya alcanza cerca de 15 millones de personas, “La tasa media anual de crecimiento natural de la población de la entidad es de 2.04%, superior al promedio nacional (1.39%), mientras que la tasa de crecimiento total es de 1.52%, superior a la media nacional de 1.02%. Esto significa que el crecimiento mínimo de la economía estatal debe ser superior a la media nacional, para que el PIB *per cápita* no disminuya. Por otra parte, la esperanza de vida es de 79.8 años, cifra superior a la nacional (75.4) y la mortalidad infantil asciende a 17.9 al millar, inferior al promedio nacional (18.8)”. **PLAN DE DESARROLLO DEL ESTADO DE MEXICO 2005-2011.**

Lo que hace al Estado de México, la entidad federativa más poblada del país. En 1980 la entidad tenía 7.5 millones de habitantes, cifra menor a la del Distrito Federal, lo que significa que en las últimas dos décadas la población mexiquense se ha duplicado.

2.1. ADOLESCENCIA Y SOCIALIZACION.

Por otro lado, el estrés transaccional se origina a partir del desarrollo personal del individuo, en este momento nos centraremos en la adolescencia, la cual puede ser esquematizada en 3 fases que duran, cada una de ellas, un promedio de 3 años aproximadamente: la adolescencia temprana (10-13 años), la adolescencia media (14-16) y la adolescencia tardía (17-19 años).

La adolescencia esta precedida por los cambios fisiológicos que tienen lugar durante la pubertad, cambios que darán la apariencia adulta al niño, ejemplo; el crecimiento repentino de las gónadas sexuales.

Según el pediatra García Tornel (citado por Castells, 1998), la pubertad se describe como el período durante el cual el cuerpo adquiere las características adultas y la adolescencia como el tiempo en que la persona crece y se desarrolla psicológica, emocional y socialmente. En lo social implica salir del pequeño grupo dedicado a los juegos infantiles e integrarse a grupos más grandes y más heterogéneos. En lo emocional comienzan las relaciones sociales con ambos sexos y en lo psicológico la búsqueda del “¿Quién soy?” se vuelve particularmente insistente. En consecuencia, en tanto se amplía el mundo social, el adolescente debe adaptarse a nuevas personas y situaciones.

Los diversos grupos en los que esta inmiscuido el adolescente ahora dominan su mundo, constituyen la fuerza social más poderosa en su vida; cada grupo afecta su socialización de manera diferente, los amigos, desempeñan un papel crucial constituyendo su fuente de seguridad emocional y aprendizaje de actitudes, sin embargo, en algunas ocasiones el costo puede ser muy caro, ya que para pertenecer, e integrarse al menos al grupo de pares, el adolescente tendrá que contar con ciertas características físicas, socioeconómicas, culturales, etc. que no siempre tiene., lo que deriva en pérdidas de tiempo pensando en los detalles personales que tiene que modificar y pasará horas encerrado en el cuarto ó en el baño arreglándose o contemplándose frente al espejo. Para él será siempre más importante verse bien, estar a la moda ó la fiesta del próximo fin de semana, que el examen final que se realizará en dos semanas aunque sea determinante para salvar el ciclo escolar; si el adolescente no cuenta con el suficiente apoyo formal e informal no podrá enfrentar de manera adecuada la competitividad descabellada que les exige el mundo material y frívolo en donde se pide la perfección física como patrón de éxito.

A medida que el joven comienza a socializar fuera de casa, la comunicación con los padres se ve afectada, el hecho de ampliar su mundo le da la oportunidad de cuestionar y confrontar las reglas de casa, los valores y opiniones de los Padres ó la Familia; provocando en él sentimientos de inseguridad, desamor, e incompreensión, impidiéndole manifestar una serie de inquietudes por miedo a no ser entendido por sus progenitores.

Por otro lado, el adolescente comprometido con las exigencias y expectativas de padres, amigos y profesores, se ve obligado a cumplir con ellas en base a cualquier sacrificio. Esto mismo coincide con lo planteado por Minc, (1977; citado por Martínez, A. 1982) sobre el espíritu de competitividad y prestigio.

Otros factores sociales, ambientales, emocionales, etc. se traducen en múltiples disparadores de ansiedad en el joven, factores que no siempre logra manejar, por ejemplo:

González y cols. (1989) trabajaron con 136 sujetos de ambos sexos y de edades entre 18 y 70 años. Estos sujetos que ingresaron en los Servicios Médicos del Hospital Universitario de Las Islas Canarias fueron comparados con una muestra homogénea de sujetos sanos (108), en variables sociales, ambientales y emocionales. Los puntajes obtenidos en los sucesos vitales y en la reactividad al estrés en la escala de Holmes y Rahe (op cit) son significativamente más elevados en los sujetos que ingresaron a los servicios médicos. La relación entre sucesos vitales-estado de enfermedad y entre reactividad al estrés – estado de enfermedad, es aditiva, siendo mayor el riesgo para sujetos con altos niveles en las dos variables, menor para los sujetos con menores niveles en ambas y un riesgo intermedio en los sujetos con niveles altos en una variable y bajos en la otra.

En otro estudio, Marty y cols. (2005) trataron de establecer la correlación existente entre estrés y enfermedades infecciosas. Ellos trabajaron con 498 alumnos de ambos sexos, pertenecientes a la Universidad de los Andes. En donde, los sujetos fueron organizados de la siguiente manera: En un grupo se incluyeron a todos los sujetos que en ese momento estaban inscritos en todos los cursos de Medicina, en otros tres grupos se incluyeron a los alumnos de primer año de las carreras de Odontología, Enfermería y Psicología, todos los grupos fueron comparados en variables psicosociales y problemas de salud. Los resultados indicaron que las mujeres presentaron mayor ocurrencia de problemas de salud en comparación con los hombres. Con relación al estrés por carrera, Medicina fue la que tuvo significativamente más estrés que el resto de las carreras, así mismo Psicología tuvo menor prevalencia de estrés. En el primer año de Medicina se encontró el mayor nivel de estrés, en comparación con las demás carreras. Finalmente, los resultados indicaron una correlación positiva entre estrés y enfermedades infecciosas.

http://www.scielo.cl/scielo.php?scriptsci_arttext&pid=S071792272005000100004&In

La gran mayoría de los síntomas de enfermedad reportados por los adolescentes son leves, muchas veces no requieren de atención médica ni son fácilmente verificables por criterios objetivos, por lo que tiende a asignárseles en general el carácter de psicósomáticos. Entre ellos, los más comunes son las cefaleas, los dolores abdominales, alergias y las molestias musculares.

Sin embargo, es posible que la interacción entre las predisposiciones individuales, la acumulación de sucesos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente no se manifiesten solamente en problemas emocionales (por ejemplo depresión) o conductuales (consumo de drogas, alcohol, ó conductas antisociales), sino que también pueden expresarse en diversos conflictos académicos, además de afectar la salud física.

¿Pero de qué depende que estas y otras situaciones, que ocurren dentro de la vida cotidiana de los jóvenes, no lleguen a afectar crónicamente el organismo y su proceso de desarrollo?

Múltiples son las variables que se confluyen para que un sujeto ante situaciones similares desarrolle respuestas patológicas ante ciertas condiciones de vida , mientras que otros expuestos a las mismas condiciones se mantienen sanos ó simplemente rindan mucho mejor, laboral ó académicamente

Yerkes y Dodson (1908; citados por Valdés, 2000) incluyeron la llamada curva de la U invertida la cual ilustra el modo en que los rendimientos biológicos se optimizan a medida que la activación crece, hasta llegar a un punto en que el incremento de cualquiera de ambos –rendimientos biológicos excesivos o activación desmesurada– sitúan al organismo al borde del fracaso adaptativo. Por tanto, en la curva es calculable un punto (P), que representa un estado biológico en el que cualquier estimulación accesoria puede provocar enfermedades. Lazarus y Eriksen (1952; citados por Valdés, op cit) tomando en cuenta esta ley, encontraron que algunos sujetos rendían mucho mejor y otros mucho peor en situaciones de estrés, como es norma en los organismos las diferencias individuales determinarán el éxito o fracaso adaptativo.

El Concepto conocido como adaptación es relevante en el estudio del estrés cuando un organismo se enfrenta a un estímulo amenazador este existe solo por el valor que el sujeto le confiere, este intentara a toda costa reducir la activación biológica que en el se desencadena; si el mecanismo falla el organismo permanece sobre-activado. Durante este proceso existe una constante lucha por recuperar el control de la situación; el individuo a través de varias estrategias internas ó externas puede neutralizar la amenaza. Si no se logra controlar efectivamente las demandas del organismo entonces este enferma. No se trata de que el individuo controle todo inclusive hasta lo que no es controlable como las catástrofes meteorológicas ó el tiempo, tiene que ver con la manera en que maneja dichas tragedias ya sea del orden natural ó de mucho menor gravedad. Regresemos al ejemplo del alumno que presenta un examen final, tal vez, si logra identificar exactamente la sensación que le provoca ansiedad, procure un mayor control sobre ello, así de esta manera consiga enfrentarlo recurriendo tal vez a ejercicios de respiración, detección de ideas irracionales, ó simplemente pida ayuda a sus compañeros de clase ó a su Profesor esto, con el objetivo de minimizar el sentimiento que le provoca el examen (que no siempre es real), ya que como dicen “ Cada quien sabe lo que carga en su morral”.

Algunas investigaciones han empleado los efectos de la presencia/ausencia de otra persona cuando se enfrenta a una situación estresante.

Barrón y cols. (2001) en una muestra de 401 sujetos consideran el papel de varios factores sociales y estructurales (posición e integración social), concluyendo que el apoyo social como los factores sociales y estructurales juegan un gran papel en la salud mental.

Por otro lado, Sánchez-Queija I.; Oliva A. (2003) analizaron la relación que existe entre el recuerdo de los vínculos de apego que los adolescentes establecieron con su padre y/o madre y el tipo de relación que mantienen con sus iguales. Con este objetivo, 513 adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años, completaron un cuestionario sobre las relaciones con sus progenitores y sus iguales. Los resultados muestran que aquellos chicos y chicas que recuerdan relaciones con sus progenitores

basadas en el afecto, la comunicación y la estimulación de la autonomía son quienes tienen mejores relaciones afectivas y se desarrollan con los amigos en general, o con el mejor amigo durante los años adolescentes. Al mismo tiempo se encontró que aunque existe bastante coincidencia entre el vínculo que el adolescente establece con el padre y con la madre, en los casos en que el vínculo sea inexistente con alguno de los padres, basta con que exista un vínculo seguro con uno de ellos para que construya una relación positiva con los iguales.

Se tiene que la presencia de otra persona llámese, padre, amigo u otro, (conocidas en conjunto como apoyo social), fungen un papel relevante como recurso de afrontamiento del estrés, es decir, a través de ellos el sujeto buscara la mejor solución. Precepto que se aclarará con mayor detalle en el siguiente capítulo.

3. APOYO SOCIAL.

Nuestro sistema social incluye numerosas relaciones que implican conductas que se incorporan al concepto de apoyo social entre estas tenemos: escuchar, demostrar cariño, ayudar económicamente a alguien, estar casado, pertenecer a alguna asociación, club, sentirse amado, dar consejo, expresar aceptación, etc. Existen evidencias de que las formas desadaptadas de pensar y comportarse ocurren con mucha mayor frecuencia entre las personas que no perciben estos sentimientos entre la gente que los rodea, es decir el individuo piensa que cuenta con poco apoyo social. La cantidad y efectividad del apoyo social disponible para una persona desempeña un papel tanto en la vulnerabilidad como en el afrontamiento Sarason y cols. (1990). El apoyo social nos ofrece la seguridad y confianza en nosotros mismos, lo cual coadyuva para avanzar a aplicar nuevas estrategias y obtener habilidades adicionales para el afrontamiento no solo en un periodo de estrés, sino que también lo es en momentos de tranquilidad relativa. Es decir, el apoyo social es un concepto claramente interactivo, que se refiere en cualquier caso a transacciones entre personas.

La sociedad ha sufrido cambios en todas sus instancias, el crecimiento desmesurado poblacional, provoca que los sujetos se transporten a lugares cada vez más alejados de su residencia a su trabajo, escuela, etc. así mismo, la situación socioeconómica y tecnocrática repercuten en la dinámica familiar, por ejemplo, en la calidad de la alimentación, los períodos de descanso, los horarios del sueño, etc., provocando efectos crónicos sobre la salud de los individuos a través de la producción de estrés y de patrones de comportamiento desadaptados. Así mismo la función de los elementos de tipo social y su utilidad para reducir o aliviar los efectos del estrés, y como elementos para mantener la adherencia a tratamientos de enfermedades principalmente crónicas, ha sido tema de una considerable cantidad de investigaciones (Pollok, 1988; Belle, 1982; Lieberman, 1982).

El interés por este tema tiene sus orígenes en la sociología. A partir de esto, se han desarrollado un conjunto de investigaciones que intentan aclarar las condiciones bajo las cuales el mundo social de las personas se relaciona funcionalmente con la salud física y mental. (Lieberman, op cit; Thoits, 1986; Belle, op. cit.).

Para identificar y conocer el papel que juega el apoyo social en relación al estrés y a la enfermedad, se han hecho investigaciones sobre diferentes problemas como por ejemplo, la prevención de reacciones psicológicas después de la hospitalización por diversas enfermedades, la depresión clínica, recuperación de enfermedades emocionales como la bulimia y anorexia, etc. El papel del apoyo social como reductor del estrés después de alguna pérdida, privación, desgracia, como reductor del estrés en áreas laborales y como ente promotor en la adherencia a los tratamientos médicos.

A pesar de que la investigación ha sido muy extensa, éstas han enfrentado diversos obstáculos, entre los cuales se encuentra la imposibilidad de llevar a cabo comparaciones de resultados por la gran diversidad en todos los rubros y los problemas clásicos de medición, muestreo y la derivación de relaciones causales a partir de los resultados o de la información procedente de estudios seccionales. (Lieberman, op cit.; Cohen y Ashby, 1985).

Además del enorme número de definiciones existentes, debido a las numerosas relaciones y evaluaciones que implica, y las variadas actividades que se han incluido bajo dicho término.

La investigación de los efectos que tiene la ayuda proporcionada por una persona a otra, que se encuentra en una situación o condición crítica, se ha desarrollado tanto en situaciones no específicas (estudio de la estructura y función de las redes sociales) como específicas (estudio de la estructura y función del apoyo social).

De lo anterior, se establecen una serie de distinciones que facilitan la definición del constructo, para tratar de proponer una definición integradora en la que la mayoría de los elementos aparezcan relacionados entre sí.

En el concepto de apoyo social al menos deben distinguirse tres aspectos: (Lin y cols., 1984; Barrón, 1996):

1. Incluye varios niveles de análisis: Comunitario, redes sociales y relaciones íntimas.
2. Se distinguen en sus estudios varias perspectivas: estructural, funcional y contextual
3. Se diferencia entre aspectos objetivos y subjetivos de dichas transacciones.

3.1 NIVELES DE ANALISIS.

- **COMUNITARIO:** El apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social, se evalúa en función de estar implicado en determinados roles y contextos sociales. Por ejemplo, el estado civil, la pertenencia a clubes, asociaciones, etc.
- **REDES SOCIALES:** El cual aporta un sentido de unión con el resto de los individuos, aun de forma indirecta. En este nivel se incluyen todos los contactos sociales que mantienen los sujetos.
- **RELACIONES ÍNTIMAS:** Se encuentra las transacciones que ocurren dentro de las relaciones más íntimas, que son las que se encuentran directamente más ligadas con el bienestar y la salud.

Por lo que respecta a la segunda distinción establecida previamente, que hacía referencia a las distintas perspectivas de estudio de apoyo social, se resaltan la existencia, cantidad y propiedades de las relaciones sociales que mantienen las personas.

Las redes sociales se han conceptualizado como el contexto en el que los recursos sociales están contenidos. Es decir, se trata de “aquellos lazos directos o indirectos que unen a un grupo de individuos según criterios definidos como la relación de parentesco, amistad o conocimiento”. (Pérez, 1999).

El apoyo social o recurso social es un concepto más estrecho y su investigación ha dependido de la percepción que la gente tiene de su red social. De esta forma, la investigación ha generado índices generales del *contexto* social de las personas (situación no específica) y ha requerido la identificación de personas que son cuestionadas sobre la ayuda proporcionada o recibida en el afrontamiento de una situación estresante o crítica (situación específica).

En general, el campo se está moviendo no solo hacia la especificación de las fuentes sociales relevantes, sino hacia la definición de las clases de ayuda recibidas y de los individuos que figuran o forman parte en un intercambio funcional o emocional.

Asimismo, se destacan los aspectos *estructurales* de dichos contactos, asumiendo que tener relaciones sociales es equivalente a obtener apoyo de las mismas. En este contexto el apoyo social se define en el número de relaciones claves que mantiene el sujeto, frecuencia de contacto, etc. Se han estudiado sus características (tamaño, densidad, composición, cantidad, contenido de intercambio, interconexión de sus miembros) y el impacto de éstas sobre el ajuste.

Respecto a la funcionalidad, es claro que se refiere a las funciones que cumplen las relaciones sociales, enfatizando los aspectos cualitativos del apoyo y los sistemas informales de apoyo. (Barrón, 1996).

Es importante mencionar que el apoyo social se diferencia en: formal e informal; dentro del primero pueden identificarse como ejemplos los servicios de asistencia social y la psicoterapia proporcionada por los profesionales; dentro del segundo, se incluyen a los familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.

Asimismo, por lo común se identifican cuatro tipos importantes de apoyo (Thoits, op cit.; Meagher, Gregor y Stewart, 1987; House, 1981), a saber: emocional, informativo, instrumental y de evaluación.

- **El apoyo emocional:** Se trata de expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño, empatía, estima y/o pertenencia a grupos.
- Proveer a una persona con información que pueda usar en el afrontamiento de problemas con personas o con el ambiente, se considera como **apoyo de información** y generalmente incluye sugerencias, directrices, información y avisos. En otras palabras, se refiere al proceso a través del cual las personas reciben información, consejos o guías relevante que les ayuda a comprender su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en el. Por ejemplo, el orientador o el profesor a el alumno.
- **La conducta instrumental** Se define como acciones o materiales proporcionados por otras personas que sirven para resolver problemas que facilitan la realización de tareas cotidianas, como ayuda en tareas domesticas, cuidar niños, prestar dinero, etc.

- **El apoyo de evaluación** solo incluye la transmisión de información, como por ejemplo la afirmación de posiciones, retroalimentación y comparación social.

Por lo tanto, desde esta perspectiva puede definirse el apoyo social como algún tipo de transacción en la que se intercambian recursos que permiten cumplir alguna de estas funciones. Caplan (1974), lo define como guía y feedback proporcionando por otras personas que permite al sujeto manejar emocionalmente un evento estresante. Las personas que dan apoyo a otros proporcionan información y guía cognitiva, recursos tangibles y apoyo emocional en tiempos de necesidad.

Thoits, (1985) propone como definición de apoyo social el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Estas necesidades pueden cubrirse mediante provisión de ayuda socio emocional (afecto, empatía, aceptación, estima, etc.), o por la provisión de apoyo instrumental (consejo, información, ayuda económica, etc.).

En un intento por integrar las conceptualizaciones anteriores. House, (op cit) define el apoyo social como transacciones interpersonales de uno o mas de los siguientes tipos:

1. Interés o apoyo emocional: Amor, empatía, cariño, confianza.
2. Ayuda o apoyo instrumental: Bienes y servicios
3. Apoyo informacional: Información relevante para resolver el problema
4. Apoyo evaluativo: Información para evaluar la actuación personal.

A pesar del gran avance sobre el conocimiento e identificación de los tipos de apoyo social, de los elementos más efectivos para proporcionarlo, de las diversas situaciones en las que funciona, etc., parece haber un consenso en el sentido de señalar una cuestión aún no resuelta: ¿Cómo opera el apoyo social? (Belle, op cit.; Lieberman, op cit).

Como se dijo anteriormente, existe evidencia de que el apoyo social tiene efectos benéficos sobre la salud y el bienestar, sin embargo, para una adecuada comprensión del fenómeno, así como para la correcta planificación de las intervenciones, es imprescindible aclarar los mecanismos a través de los cuales el apoyo social opera.

Se han propuesto distintos modelos teóricos sobre los efectos del apoyo social sobre la salud. Una buena revisión de los mismos queda recogida por Vaux (1988), Ensel y Lin (1991) y Fernández, R., & cols. (1994).

Cohen y Ashby (op cit) han propuesto que el efecto del apoyo social sobre el “bienestar” ocurre a través de dos procesos y los explica mediante dos modelos de apoyo: el llamado “de amortiguación” propone que el apoyo tiene un efecto protector o amortiguador contra la influencia patogénica de los eventos estresantes, siendo un moderador del impacto del estrés. El “modelo alternativo” propone que los recursos sociales tienen un efecto benéfico *per se* sin importar cuándo y dónde la persona está bajo estrés (modelo de efecto directo). De acuerdo con este modelo, un efecto benéfico generalizado producido por el apoyo social ocurre porque las redes sociales proporcionan a las personas experiencias

positivas y un conjunto de roles o papeles estables y reconocidos socialmente por la comunidad. Esta clase de apoyo social es positivo, sentido de predicción, estabilidad en las propias situaciones de la vida y reconocimiento de autovaloración. La integración en una red social puede también ayudar a evitar experiencias negativas (por ejemplo, problemas legales o económicos) que en otro momento pueden incrementar la probabilidad de que ocurran desórdenes físicos y psicológicos.

Las redes de apoyo social están relacionadas con la salud física a través de efectos inducidos emocionalmente en el funcionamiento del sistema neuroendocrino o inmune, o influyen sobre los patrones conductuales relacionados con la salud como el fumar, el uso de alcohol o la búsqueda de ayuda médica. En una versión extrema el modelo postula que un incremento en el apoyo social produce un incremento en el bienestar sin importar el nivel existente de apoyo.

Bloom (1990) sugiere que la red social puede influir en la salud de dos formas:

1. Directamente, proporcionando información relevante o fomentando la motivación a implicarse en conductas adaptativas.
2. Indirectamente, provocando una mayor adhesión a las recomendaciones terapéuticas al proporcionar el apoyo instrumental necesario, para conseguir lo anterior, siguiendo determinados regímenes en el hogar, acompañando al sujeto a rehabilitación, etcétera.

Gottlieb (1983) propone que las personas con menor apoyo social tienen mayor riesgo de experimentar estresores ambientales que aquellos que están socialmente integrados o tienen acceso al apoyo en caso de necesitarlo. De hecho, la ausencia de apoyo social es en sí misma un estresor.

Thoits (1985), basándose en el Interraccionismo Simbólico, hipotetiza que las relaciones sociales pueden ser beneficiosas en tres formas:

Proporcionando al sujeto un conjunto de identidades sociales que se desarrollan en interacción con los demás, a partir de los roles sociales.

1. Siendo fuente de autoevaluaciones positivas (valía, competencia, etc); a partir de las evaluaciones percibidas de las personas con las que el sujeto interactúa regularmente.
2. Como base de sensación o dominio, se refiere a la buena ejecución de las tareas relacionadas con el rol, lo que determina la sensación de dominio o de la autoestima basada en la eficacia.

Por otro lado, considerando que el estrés surge cuando se evalúa una situación como amenazante y no se tiene una respuesta de afrontamiento adecuada Lazarus, (1966) y teniendo en cuenta además que un solo evento estresante puede no significar una gran demanda de afrontamiento para muchas personas, la acumulación de problemas múltiples puede persistir y presionar al individuo para resolver el problema, originando con ello la presencia potencial de desórdenes serios.

El proceso de evaluación está íntimamente relacionado con sentimientos de desamparo y una posible baja en la autoestima.

Los sentimientos de desamparo son producidos por la inhabilidad percibida para afrontar las situaciones que demandan una respuesta efectiva. La baja autoestima puede ocurrir por considerar que la falla para afrontar adecuadamente se debe a la carencia de habilidad o a rasgos de personalidad estables. De esta forma los efectos de amortiguación del estrés producidos por el apoyo social pueden ser ubicados en dos diferentes puntos: el primero puede intervenir entre el evento estresor y la respuesta o la reacción al estrés previniendo o atenuando el proceso de evaluación; en otras palabras, la percepción de que otros pueden y deben proporcionar los recursos necesarios puede redefinir la potencialidad dañina de la situación y/o reforzar la habilidad percibida de afrontamiento, previniendo que una situación particular sea evaluada como altamente estresante. El segundo punto se refiere a como el apoyo adecuado puede intervenir entre la experiencia del estrés y el inicio de los efectos patológicos reduciendo o eliminando la reacción a este o influyendo directamente sobre los procesos fisiológicos.

El apoyo puede aliviar o eliminar el impacto de la evaluación del estrés proporcionando una solución al problema, reduciendo la importancia percibida de éste, tranquilizando al sistema neuroendocrino, de tal forma que la persona sea menos reactiva al estresor, facilitando la presencia y mantenimiento de conductas saludables.

Cabe señalar que tal como ocurre con el estrés es necesario tener en consideración la opinión que tiene la persona sobre la recepción del apoyo que recibe, es decir, el apoyo social percibido.

3.2. APOYO SOCIAL PERCIBIDO.

Quienes subrayan el aspecto subjetivo conceptualizan el apoyo social en términos cognitivos, como percepción de que se es amado, querido, etc., que se tienen personas a las que se puede recurrir en caso de algún problema y que aportarán la ayuda requerida.

Cobb (1976), concibe el apoyo social como información perteneciente a una de estas tres clases:

1. Información que lleva al sujeto a creer que cuidan de él y que es amado.
2. Información que le lleva a creer que es estimado y valorado.
3. Información que lleva al sujeto a creer que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

Schawarzer y Leppin, (1991), el apoyo social percibido está influido por la personalidad, incluso puede ser considerado como una variable de personalidad más o menos estable, puesto que es lo que la persona cree o espera.

De la misma opinión son Sarason y cols. (1990), para quienes el apoyo social percibido es una variable de personalidad que se mantiene estable a lo largo del tiempo y que tiene

su origen en la experiencia de apego. Así, sugieren que las personas que establecieron un apego seguro percibirán un apoyo social alto y creerán que las personas de su red estarán disponibles si las necesitan y será aceptado casi con total seguridad.

Independientemente de las aclaraciones anteriores, el apoyo social real o percibido es importante ya que ambos pueden incrementar el bienestar. Como afirma Vaux, (1988), percibir que existe apoyo social disponible, aunque sea falso, aumenta el bienestar psicológico, es decir, aunque no se reciba como tal puede tener, esa percepción, efectos beneficiosos para las personas. Sin embargo, el apoyo percibido y el real pueden ser inconsistentes en algunos sujetos, es decir, algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, mientras que otras se sienten apoyadas a pesar de no recibir apoyo

Entre las posibles razones de estas discrepancias se encuentra lo siguiente: Dunkel-Schetter y Bennett, (1990):

1. Infra o supervaloración del apoyo social recibido debido a percepciones defectuosas o memoria inadecuada.
2. Existencia de un sesgo optimista que lleve a esperar más apoyo del que luego se recibe.
3. La inexactitud es al contrario: el apoyo percibido es menor que el recibido.
4. Es posible que en un principio el apoyo social percibido y el recibido coincidan, pero que con el paso del tiempo el recibido disminuya. Ocurre fundamentalmente cuando los sujetos se enfrentan a estresores crónicos.

Una definición bastante completa la ofrecen Lin y col. (1981), quienes definen el apoyo social como provisiones instrumentales ó expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

Por otro lado, Stewart (1989) revisa las cinco perspectivas teóricas que han sido propuestas como interpretaciones conceptuales del apoyo social. En primer lugar se menciona a la teoría de la atribución, que postula que el individuo formula atribuciones para comprender, predecir y controlar su ambiente de acuerdo a pesos (importancia) relativos asignados a factores internos (persona) o externo (ambiente). Por tanto cuando un individuo asigna la culpa del origen de un problema, provee o recibe la influencia de las relaciones de ayuda.

La teoría del afrontamiento considera que el apoyo social puede influir en el proceso de afrontamiento en el nivel de la evaluación primaria o secundaria, en la reevaluación, o finalmente, como también lo establece Thoits (op cit.), puede funcionar como una estrategia de afrontamiento asistido, proporcionando las Fuentes o recursos requeridos para encontrar las necesidades específicas evocadas por el estresor, redirigiendo la estrategia de solución de problemas, proporcionando ayuda tangible, etc.

La teoría del intercambio social, establece la existencia de un deseo de mantener una igualdad de intercambio de las relaciones.

Una cuarta corriente teórica, la de la comparación social, postula que las personas tienden a evaluarse a sí mismas y a elícitar información sobre sus características, conducta, opiniones y habilidades a través de una serie de comparaciones con otras personas similares. En esta teoría, la función del apoyo social de evaluación, que tiene por objeto exaltar el valor de la persona, reafirmar la autoestima y proporcionar retroalimentación, es semejante al concepto de comparación social.

Finalmente, la teoría de la soledad, que afirma que si bien existe una gran cantidad de explicaciones, solo tres son relevantes para el apoyo social:

- a) La explicación sociológica, que considera a la soledad como un producto común y normal de los problemas sociales externos del individuo.
- b) La explicación interaccionista, que ve a la soledad como una reacción producida por la interacción de la personalidad y de los factores situacionales.
- c) La explicación cognoscitiva, que considera el factor mediacional entre los déficits sociales y la experiencia displacentera.

Taylor y Shelley (1990), al realizar una revisión sobre el campo de la psicología de la salud, señala que una gran parte de la investigación sobre afrontamiento se ha dirigido sobre la determinación de los recursos para que éste se dé y muy especialmente, sobre el apoyo social.

Muchas investigaciones Cohen, S., y Ashby (1985), Gore, S. (1978; citado en Barrón, 1996), han sido realizadas tratando de probar el efecto (directo o de amortiguación) del apoyo social. Sin embargo, quedan pendientes cuestiones tales como cuándo y dónde el apoyo social puede ser realmente un recurso que está determinado por las diferencias individuales, de tal forma que algún individuo tenga mejores habilidades para hacer un uso efectivo del apoyo social potencial de otros.

Igualmente, Taylor y Shelley (1990) y Heller y cols., (1986), coinciden en señalar que otra cuestión importante que tampoco ha sido investigada tiene que ver con los problemas que los proveedores experimentan en sus intentos para proveer a otra persona de apoyo social.

Los factores sociales, son muy importantes en la etiología de las enfermedades crónicas, ya que definen en gran medida, la cantidad, el ritmo y la naturaleza de las cargas, recursos y contactos físicos, químicos y biológicos y psicológicos con incidencia en la salud del paciente.

En el factor psicológico, que define la conducta operativa, se habla de los hábitos, el estilo de vida y las opciones personales, mediante las que el individuo selecciona o transforma el ambiente social y los recursos, así como las cargas que recibe, por las consecuencias y correlatos neuroendocrinológicos y viscerales ligados a la actividad mental- emocional- conductual.

Taylor (1986), ha señalado, que después de las acciones adaptativas, se pueden producir reacciones que son comunes a toda situación de crisis:

- Mantener un equilibrio personal
- Conservar auto-imagen satisfactoria
- Preservar relaciones familiares y de amistad
- Prepararse para un futuro incierto

También, la epidemiología, desde una perspectiva sociológica, ha mostrado interés en destacar la importancia sanitaria del ambiente familiar, de trabajo, vivienda, ocio, pobreza, los grupos de competencia, la red de amigos y las relaciones sociales de apoyo. Este enfoque complementa al psicológico y psicofisiológico, su objetivo mayor es identificar factores psicosociales que aumentan la resistencia a la enfermedad y a los que la disminuyen, así como la forma de obtener cambios favorables. Se enmarca bien en teoría de sistemas que sitúa al individuo como un todo, al que inevitablemente tienen que estar referidos todos los niveles de realidad y partes que lo componen (sistemas, órganos, tejidos, células, moléculas, átomos).

Las principales manifestaciones de interés para la psicología son los factores indicativos de invalidez y los requerimientos de cambios en los estilos de vida. En segundo lugar, aparece en los cuadros crónicos, una nueva categoría de agentes causales; los factores mantenedores (etiológicos secundarios) muchas veces consistentes en las modificaciones en el estilo de vida y las relaciones interpersonales. Ambas esferas, los cambios adaptativos y los agentes mantenedores reactivos, suelen entrar de lleno en los dominios y competencias de la psicología.

3.3. ESTRÉS Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO.

Como hasta ahora se ha dicho el estrés tiene su origen en investigaciones de corte biológico. Actualmente se concibe como una relación que se establece entre las personas y su entorno, el cual es evaluado como amenazante por el sujeto, ya que las demandas exceden sus recursos de adaptación, poniendo en peligro su bienestar. Por tanto, el estrés es el resultado de conflictos entre estas relaciones aparecidas a lo largo de la vida. Las consecuencias de tales conflictos son expresadas en términos de funcionamiento social y de salud del organismo.

El proceso de estrés se concibe como una combinación de tres campos conceptuales: fuentes de estrés (acontecimientos vitales), mediadores de estrés, (conductas de apoyo), y manifestaciones del mismo (patologías).

En cuanto a las fuentes, las investigaciones se han centrado en los acontecimientos vitales. Que no son más que aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por estos como indeseables. (Barrón, 1988).

El aspecto fundamental a la hora de conceptualizar los eventos vitales estresantes radica en definir que es lo que les confiere su naturaleza estresante. Respecto a esto existen dos propuestas. La primera de ellas define a dichos eventos como experiencias que rompen el

equilibrio ó amenazan con quebrantar la cotidianidad de una persona, y la exposición prolongada causaría los distintos trastornos Y el segundo enfoque se sustenta en el argumento de que la naturaleza estresante de los acontecimientos queda definida en función de la deseabilidad ó indeseabilidad del evento. Es decir, no todos los cambios son estresantes, sino sólo aquellos que el sujeto percibe como indeseables en su vida.

Existen evidencias empíricas acerca de que tales eventos se relacionan tanto con cambios negativos en la salud física (trastornos cardiovasculares, dérmicos, cáncer, etc.) como con la salud mental (depresión, ansiedad, esquizofrenia, etc.).

Entre los eventos vitales estresantes y la reacción de estrés, los recursos aportados por otras personas pueden redefinir la evaluación de amenaza y la propia capacidad de afrontamiento, afectando tanto la evaluación primaria como la secundaria.

Es decir, el apoyo social puede intervenir entre la experiencia de estrés y el comienzo del resultado patológico al reducir o eliminar la reacción de estrés, o por influencia en las conductas de enfermedad o procesos fisiológicos.

Vaux, (1988) propone varias formas de actuación:

1. **Acción protectora directa:** Determinadas conductas de apoyo pueden prevenir la ocurrencia de ciertos estresores.
2. **Inoculación:** El apoyo social puede reducir la importancia del estresor, se trata de conseguir que el resultado de la evaluación cognitiva primaria sea de irrelevancia.
3. **Acción de apoyo directa:** Ocurre en aquellos casos en que aunque un sujeto no tenga recursos suficientes para manejar un estresor, los recursos aportados por los demás permiten un afrontamiento eficaz. Se trataría de un apoyo directamente centrado en el problema, no en las evaluaciones.
4. **Guía de evaluación secundaria:** Consiste en tratar de provocar una evaluación mas realista de los recursos, proponiendo nuevas estrategias de solución de problemas.
5. **Reevaluación:** Encaminada a lograr una reevaluación del estresor como menos amenazante.
6. **Apoyo emocional paliativo:** Se trata de un apoyo centrado en la emoción, indicado en aquellas ocasiones en que la pérdida o amenaza ya ha ocurrido.
7. **Diversión:** Es un apoyo dirigido también a la emoción cuando no se puede evitar la ocurrencia de ciertas dificultades o problemas. Se dirige a distraer al sujeto hacia actividades o acciones más reforzantes, provocando que no se centre en exceso en el problema.

Lakey y Heller (1988) sugieren que el apoyo recibido opera principalmente influyendo en las conductas de afrontamiento, mientras que el apoyo percibido actúa primariamente a través de los procesos de evaluación cognitiva.

Cohen y Mckay (1984) proponen la hipótesis de la especificidad del apoyo, que sugiere que el apoyo social será efectivo cuando se ajuste a la tarea que sea preciso solucionar. Es decir, estresores específicos suscitan ciertos requerimientos de afrontamiento, y el apoyo

social solo tendrá efectos de protección ante ellos cuando la ayuda proporcionada sea la apropiada para ese estresor concreto.

Asimismo, dada la importancia de los factores cognitivos en el proceso de estrés, para que la ayuda sea adecuada el donante del apoyo debe ser capaz de comprender como evalúa subjetivamente el estresor el sujeto en cuestión, de forma que pueda ajustar el tipo de apoyo que ofrece a las necesidades suscitadas por el problema, pero tal como lo percibe el individuo (Vaux, 1988). En este sentido, mientras que para unos el estrés supone fundamentalmente una amenaza de tipo económico, para otros puede suponer principalmente una amenaza para la autoestima. En consecuencia, el apoyo adecuado en cada uno de los casos variara.

Cutrona (1990) hipotetiza “que tipos de apoyo serán mas eficaces teniendo en cuenta una serie de dimensiones de los eventos vitales”. La primera dimensión que considera es la controlabilidad del acontecimiento, y así sugiere que ante los eventos incontrolables, cuya ocurrencia esta fuera del control del sujeto, el apoyo social mas eficaz será aquel que fomente un tipo de afrontamiento centrado en las emociones que genera el problema, mientras que frente a acontecimientos controlables será mas adecuado el apoyo social que active un afrontamiento centrado en el problema mismo.

En segundo término, defiende la influencia de la duración del evento en el proceso de ajuste. En este sentido, cuanto mas se prolongue en el tiempo mayor importancia cobrara el apoyo de tipo emocional, para evitar un descenso en la autoestima.

La tercera dimensión que toma en consideración es el área de ocurrencia, dividiendo los eventos según cuatro posibles áreas de ocurrencia y sugiriendo que tipo de apoyo es el más apropiado en cada una de ellas. Así, para estresores que afectan a los recursos de los sujetos en general, el apoyo material será el mas efectivo. Los eventos relacionados con las relaciones sociales, por su parte, requieren fundamentalmente integración social, al igual que ocurre con los acontecimientos que afectan a los roles sociales. Por último, los que afectan a los logros exigen fundamentalmente apoyo de estima. Es decir, cada evento tiene distintas dimensiones y requerirá más de un tipo de apoyo, lo ideal será combinarlos en función del área concreta donde actué el estresor.

OTRAS INVESTIGACIONES

En la revisión sobre las investigaciones que se han realizado sobre la relación entre el estrés y la enfermedad se encontró lo siguiente:

Vinnacia y cols. (2005) evaluaron las dimensiones de calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón. Para ello, fueron seleccionados 29 pacientes no terminales a quienes se les aplicó el módulo general del Cuestionario de Calidad de Vida, el módulo específico de Cáncer de Pulmón, el Inventario de Puntos de Vista Personales y una Escala de Apoyo Social Percibido. El estudio evidenció que los pacientes perciben una calidad de vida favorable en todas sus dimensiones, son personas que buscan información y apoyo social.

Bajo esta misma línea, Carroble y cols. (2003) en la investigación Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH, exponen la relación de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido (afectivo y sanitario) con el distrés emocional en 229 hombres y mujeres adultos con infección por VIH de distinto origen cultural (español y peruano). Los resultados indican asociaciones entre las variables de afrontamiento y el apoyo social percibido con el grado de distrés emocional experimentado por los sujetos. No se han encontrado, sin embargo, variaciones en el afrontamiento considerando el avance de la enfermedad y el deterioro inmunológico, para la muestra completa. No obstante, sí se han encontrado algunas diferencias analizando las muestras por separado. Las estrategias de afrontamiento específicas: evitación/comportamientos pasivos, poca implicación activa-positiva, rumiación/pasivo cognitivo, confianza activa en otros y la falta de apoyo percibido del entorno afectivo explican el 29% de la varianza total en el distrés emocional, a través de un análisis de regresión múltiple.

Por otro lado, Abril (1998) analizó la relación entre el apoyo social y la depresión en personas en alto riesgo psicosocial, teniendo en cuenta la mediación de determinadas variables psicológicas. Para comprobar estas relaciones, se ha trabajado con una muestra de 132 sujetos de ambos sexos, de edades comprendidas entre 18 y 80 años, que representan cuatro áreas de riesgo - personas de edad avanzada residentes y no residentes, enfermos crónicos del riñón y alcohólicos - obteniéndose una medición en las siguientes variables: participación e integración comunitaria, percepción de apoyo social en sistemas formales, autoestima social, emocional y corporal, estrés percibido y depresión.

Los resultados confirman tanto la hipótesis de los efectos principales como la de amortiguación según los planteamientos referidos desde estos enfoques teóricos, por cuanto aparecen tanto relaciones directas entre la percepción de apoyo social y la depresión, como relaciones indirectas entre ambas variables por la mediación de la autoestima y el estrés percibido en esa relación. (Lin y Ensel. 1989).

En este mismo sentido, Edens et. Al., (1992) ; Gerin et. Al., (1995); Kamarck et. al., (1990); Sheffield y Carrol (1994, 1996) encuentran una reducción en la tasa cardiaca y presión arterial cuando las personas deben hacer frente a una situación estresante en presencia de un amigo y no encuentran asociación entre la respuesta cardiovascular y la presencia de un extraño.

Por otra parte, Gerins (op cit) encuentra una reducción en los niveles de presión sistólica cuando las personas se encuentran en presencia de otros y están sometidas a altos niveles de estrés.

Por último, Sheffield y Carroll (op cit) no encuentran diferencias en ninguno de los parámetros medidos dependiendo de si las personas realizan las tareas solas o en presencia de otros.

Como observamos son múltiples las investigaciones que se han realizado con respecto al estrés en su relación con el apoyo social y sus consecuencias en la salud del individuo.

Así mismo, contar con un instrumento que mida efectivamente el apoyo social percibido por los individuos, es un gran aporte en la investigación relacionada con el tema. Uno de los instrumentos que lo mide es **la escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS)** de Zimet y cols. (1988), El instrumento fue traducido al español por los autores del artículo, “Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana de Chile”, la cual fue sometida al juicio de expertos en el idioma inglés y en las áreas de psicología.

Dahlem y cols (1991) examinaron las características psicométricas de la escala multidimensional del soporte social percibido Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley (1988) con un grupo de 222 estudiantes en una universidad urbana. En donde se investigaron las siguientes áreas: confiabilidad interna, validez factorial, diagonal social de la deseabilidad, y el efecto de moderación del apoyo social entre los eventos vitales y la depresión (es decir, la hipótesis de amortiguación). El MSPSS tuvo una buena confiabilidad interna, y el análisis factorial confirmó la estructura de la sub-escala de la medida: familia, amigos, y otros significativos. No hay indicación que el diagonal social de la deseabilidad influenció las respuestas de los temas. Finalmente, el apoyo social fue relacionado con la depresión solamente para esos temas que experimentaban altos niveles de estrés de la vida, a la luz de la hipótesis sugerida.

Cox y cols. (2003) han encontrado que el apoyo social percibido puede afectar el bienestar emocional de un individuo. Por lo tanto, la efectividad del soporte social es una cuestión clave en la investigación y la práctica clínica. La escala multidimensional del apoyo social percibido divide la ayuda social percibida en 3 distintos constructos: miembros de la familia, de amigos, y de otros significativos. Este estudio fue el primero para determinar la efectividad del MSPSS usando un análisis factorial confirmativo en estudiantes de universidad (N = 549) y una muestra psiquiátrica del paciente no internado (N = 156). El MSPSS fue soportado en ambas muestras. Los factores sociales percibidos de la ayuda de la familia y de amigos tuvieron constantemente las asociaciones más fuertes con sintomatología. Estos resultados apoyan el uso del MSPSS como breve instrumento para determinar la estructura jerárquica del apoyo social percibido en una variedad de muestras.

De entre los instrumentos desarrollados para la investigación del estrés, la escala de reajuste social elaborada por Holmes y Rahe (1967) es la que mayor difusión ha alcanzado. En el estudio llamado Niveles de la presión arterial y de estrés psicosocial en estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. Cali, Colombia, fue utilizada una muestra de 185 estudiantes con una edad de 21.2 ± 2.6 años, 178 (96%) solteros, 100 (54%) mujeres, 173 (93.5%) mestizos, 154 (83.2%) de nivel socioeconómico medio (estrato 3-4). Se encontró que, la disfunción familiar se observó en 131 (70.8%) estudiantes, 66 (35.6%) presentaban casos de cambio en sus vidas.

El promedio de la presión arterial en los estudiantes fue normal (106.4/69.7) con mayores

niveles en los hombres ($p < 0.001$) lo que se asoció con un mayor índice de masa corporal y con la raza negra ($p < 0.001$, $p < 0.02$). La disfunción familiar no se asoció con cambios en los niveles de la presión arterial ($p = 0.80$). El estrés generado por los sucesos de cambio en sus vidas tampoco se correlacionó con los niveles de presión arterial ($p = 0.98$). Se concluyó que en personas jóvenes sanas el estrés psicosocial fue alto para disfunción familiar y para los acontecimientos inesperados de cambio en sus vidas sin correlación con los niveles de presión arterial, quizá por una adecuada funcionalidad del endotelio vascular. (Campo y cols. 2006).

Los trabajos de Cassel y Cobb (1976; citados por Castro, 1997) dieron origen a la idea de que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés. Desde entonces, la investigación realizada en este campo ha crecido geoméricamente. Este cúmulo de investigaciones, sin embargo, no es la consecuencia del descubrimiento de una nueva idea, sino que es el resultado de esfuerzos parcialmente exitosos de encontrar y acumular evidencias "duras" en esta materia.

Esta investigación tiene como objetivos identificar a jóvenes bachilleres que padecen estrés, observar el apoyo social con el que cuentan, a través de dos instrumentos el Multidimensional Scale of Perceived Social Support de Zimet y cols. (1988). Y el Inventario de Experiencias recientes elaborado por Holmes el cual ha sido adaptado en su versión original, con el objetivo de contextualizar el cuestionario a la población estudiantil, en el caso del la Multidimensional Scale of Perceived Social Support, la adaptación se realizó a la escala de respuesta, modificación que será descrita en el apartado correspondiente a los Instrumentos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es la relación que existe entre el estrés y el apoyo social percibido?

¿Cual es el papel del Apoyo social percibido en una población de jóvenes Bachilleres?

¿Cual es el papel del estrés en una población de Jóvenes bachilleres?

4. METODO.

OBJETIVOS

- Determinar los niveles de estrés presentes en una población de bachilleres.
- Establecer los niveles de apoyo social percibido que existen en los mismos.
- Correlacionar los niveles de estrés con los niveles de apoyo social percibido.

PROPOSITO

El propósito de esta investigación consiste en determinar los niveles de estrés existentes en la comunidad estudiantil, establecer los niveles de apoyo social percibido, correlacionar los niveles de estrés con el apoyo social percibido.

HIPOTESIS

Ha: La relación que existe entre estrés y apoyo social percibido es inversamente proporcional, es decir a mayor estrés menor soporte social percibido.

Ho: No existe relación entre estrés y Apoyo Social percibido.

VARIABLES

Variable Independiente: Indices de Apoyo Social Percibido: Puntuación obtenida en la Escala Multidimensional de Soporte Social Percibido. Que se compone de 12 preguntas las cuales a su vez se subdividen en tres tipos de apoyo: Familiar, Pares y Otros.

Variable Dependiente: Nivel de estrés: Medida a través de la calificación en la Escala de Reajuste Social de Thomas Holmes y Richard Rahe, (1967), en la que se presentan 49 acontecimientos asociados con diferentes grados de alteración y estrés, en la vida de una persona.

DISEÑO DE INVESTIGACION

De acuerdo con los objetivos: Determinar los niveles de estrés, presentes en una población de bachilleres, establecer los niveles de apoyo social percibido que existen en los mismos y correlacionar los niveles de estrés con los niveles de apoyo social percibido. Se realizó un Estudio correlacional con dos muestras independientes, los datos fueron tratados con un estadístico de asociación denominado coeficiente de correlación de Pearson con un intervalo de confianza de 0.01: Estrés alto- Apoyo Alto, Estrés bajo- Apoyo Bajo, Estrés Alto – Apoyo Bajo, Estrés Bajo – Apoyo Alto.

PARTICIPANTES.

500 sujetos del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México. Plantel Chimalhuacan. Con un rango de edad de 15 a 18 años.

INSTRUMENTOS.

1. La escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS) de Zimet y cols. (1988) está compuesta por 12 ítems, los mismos que recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su escala de respuesta en su versión original se compone de los siguientes valores:

- 1 = Muy en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Medianamente en desacuerdo
- 4 = Neutral
- 5 = Medianamente en acuerdo
- 6 = En Acuerdo
- 7 = Fuertemente en desacuerdo

El instrumento fue traducido al español por los Autores Arechavala y cols. (2002) quienes validan dicha escala en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana de Chile. El instrumento fue sometido al juicio de expertos en el idioma inglés y en las áreas de psicología.

Para esta indagación el Instrumento fue adaptado quedando solo cuatro categorías de respuesta:

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. Medianamente en desacuerdo
- 3. Medianamente en acuerdo
- 4. Totalmente en acuerdo.

Esto se hizo con el objetivo de facilitar la aplicación, ya que en el proceso de piloteo los sujetos presentaron confusión en las respuestas. (ANEXO 1).

2. La escala de reajuste social: Se trata de un cuestionario auto administrado que consta de 49 ítems organizado de mayor a menor en función de su capacidad para inducir cambios en el sujeto que los experimenta, los encuestados responden señalando los sucesos que ellos han experimentado en el pasado reciente (12 meses). El reajuste fue definido por sus autores como la cantidad y duración del cambio en el patrón de vida del individuo. Cada uno de los eventos tiene una puntuación asignada que se denomina (unidades de cambio vital) UCV que va desde de 100 para el acontecimiento mas grave (la muerte de la pareja, padre ó madre) a 5 en el menos relevante. Los valores de unidades de cambio vital (UCV) al sumarlos nos proporcionan el valor total del cambio cuando la suma es de 300 UCV o superior considera que este AVE puede afectar a la familia o al estado de salud de algunos de sus miembros. Si la suma total es superior a

250 UCV se puede tener la certeza de que la acumulación de estresantes puede producir problemas psicosociales, enfermedades orgánicas, psíquicas ó agravar patologías crónicas que podrían alterar la función familiar. Utilizando la 'Escala de reajuste social' elaborada por Holmes y Rahe (1967) es posible detectar el grado de estrés que sufre un ser humano.

Para esta indagación el instrumento fue adaptado, misma situación que se presenta con el instrumento anterior. (Anexo 2).

PROCEDIMIENTO

1. Se seleccionaron a 50 sujetos al azar con el objetivo de pilotear ambos instrumentos.
2. Se selecciono al azar la muestra de 500 estudiantes inscritos en el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México, Plantel Chimalhuacán. Sin importar genero, edad y semestre al que pertenecían.
3. Se aplicaron ambos instrumentos al total de la muestra, en los salones de clase solicitados para tal efecto., para llevar a cabo la aplicación en los días programados se conto con el apoyo de los profesores.
4. Se realizó el análisis de los datos en el software estadístico SPSS., a través de la prueba estadística de correlación de Pearson y las pruebas de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. Además de los comandos de Explore, donde se realizaron diferentes estadísticos entre los que se encuentran, Polígono de frecuencias, Steam and life, Q.Q. Plot y Box Plot.

5. RESULTADOS

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en los 500 sujetos que comprendió originalmente la muestra seleccionada. Ningún instrumento fue eliminado por inconsistencias o falta de información.

1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

Del total de la muestra $N= 500$, el 37.6% (188 alumnos) correspondieron a una edad de 15 años, el 30.0%, correspondió a 16 años (150 alumnos) y 92 alumnos, el 18.4%, a una edad de 17 años. El resto de la muestra, que se ubicó en el extremo inferior, fueron alumnos de 14 años (41) y representaron un 8.2%. En el otro extremo, el superior, se encuentran los alumnos de más de 18 años (22 alumnos) y representaron un 4.4 %. La Tabla 1, ilustra la frecuencia total, en términos de edad, de toda la muestra. Siendo la moda 16 y la mediana 17.

TABLA. 1 *Distribución de la muestra en términos de Edad.*

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14.00	41	8.2	8.2
	15.00	188	37.6	45.8
	16.00	150	30.0	75.8
	17.00	92	18.4	94.2
	18.00	22	4.4	98.6
	19.00	4	.8	99.4
	20.00	1	.2	99.6
	21.00	2	.4	100.0
	Total	500	100.0	

Con respecto al grado escolar que se encontraban cursando, el mayor porcentaje (49.2%) correspondió a los alumnos de primer semestre (246 alumnos), para el tercer semestre se tuvo un porcentaje de 30.6%, que representó un total de 153 alumnos y en el quinto semestre se ubicaron 101 casos y representaron el 20.2%.

TABLA 2. *Distribución de la muestra en términos de la frecuencia para los grados comprendidos ; primero, tercero y quinto.*

	Semestre	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primer	246	49.2	49.2
	Tercer	153	30.6	79.8
	Quinto	101	20.2	100.0
	Total	500	100.0	

En el caso del género, la distribución de la muestra resultó con 257 (51.4%) casos correspondientes al género Masculino y 243 (48.6%), casos para el género Femenino.

TABLA. 3. *Distribución de la muestra, tomando en cuenta el género de los alumnos que participaron en el estudio.*

	Sexo	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	257	51.4	51.4
	Femenino	243	48.6	100.0
	Total	500	100.0	

Una vez concluida la aplicación se procedió a realizar el análisis de la información con el programa SSPS (Social Science Paquet Statistics) versión 14.0, bajo las pruebas estadísticas de Kolmogorov – Smirnov, además del coeficiente de correlación de Pearson. Primeramente se presentan los resultados del Apoyo Social Percibido total y del Estrés total, así como su correlación y posteriormente, los tres componentes del Apoyo Social Percibido, incluidos en el instrumento (otros, pares y familia), así como sus correlaciones con el Estrés.

Se seleccionó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov – Smirnov, porque permite realizar una comparación entre una distribución teórica y una distribución muestra, además, la prueba está indicada para cualquier tamaño de muestra.

La hipótesis de investigación, que plantea una relación entre estrés y apoyo social, requiere ser demostrada a través de un índice de correlación, que represente el grado de asociación entre las variables. Para el caso de datos paramétricos, la medida usual de correlación es el coeficiente de correlación r momento-producto de Pearson, que además supone que los puntajes proceden de una población normal, y que representan valores cuantitativos de las dos variables (estrés – apoyo social) que pueden ser interpretados como pares relacionados.

2. APOYO SOCIAL PERCIBIDO (FINAL)

En cuanto al apoyo social percibido (final), el análisis se realizó con la suma total de los 12 ítems que forman la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MPSS). Cada reactivo requiere que se exprese el acuerdo en una escala que va desde 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = Medianamente en desacuerdo, 3 = Medianamente en acuerdo y 4 = Totalmente en acuerdo. El puntaje mínimo se ubica en valores menores a los 24 puntos y los puntajes máximos están representados por valores mayores a 37 puntos. La mayoría de los valores se encuentran entre los 28 y 33 puntos, en correspondencia con el valor medio observado (30.4) (Figura 2.1). La media es de (30.4) y la desviación estándar de (6.36). (Figura. 2.2). Con respecto a la distribución de los datos procedentes de la muestra y la distribución teórica se observa un comportamiento muy semejante al modelo teórico utilizado, es decir las muestras tienen un comportamiento semejante al de una distribución normal. Figura (2.3.). Por otro lado, la distribución de los valores observados con respecto al modelo teórico de la desviación estándar de los datos delinea una curva típica Figura (2.4.) Para el caso del modelo teórico de la mediana la mayoría de los datos se encuentran ubicados en ella, aunque puede observarse la existencia de datos arriba del tercer cuartil y abajo del primero, mismos que pueden ser considerados atípicos, denotando una asimetría positiva. Figura (2.5). En el caso del análisis de frecuencia la muestra se distribuye de la siguiente manera: 116 sujetos se encuentran ubicados entre las 13 y 28 unidades, es decir, 319 sujetos arrojan índices que van desde los 310 hasta los 800 puntos, reflejando niveles altos de estrés. Tabla (3.2.). Por otro lado, en el análisis de frecuencia la muestra se distribuye de la siguiente manera: 116 sujetos se ubican entre 13 y 28 unidades (apoyo percibido bajo), 230 se encuentran en los valores 29, 30 y 31, lo que refleja que el apoyo que perciben es aceptable y

FIGURA: 2.2. Distribución de los datos, así como la desviación estándar y el valor medio obtenido) para esta variable.

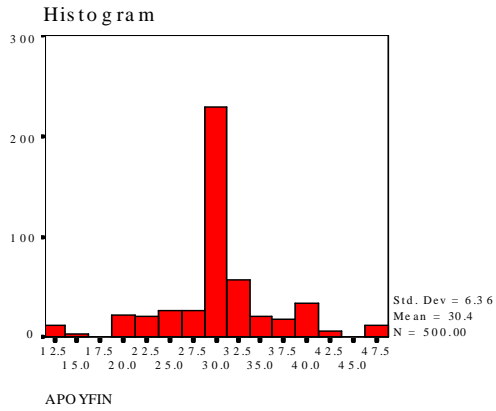


FIGURA: 2.3. Distribución de los datos procedentes de distribución teórica.

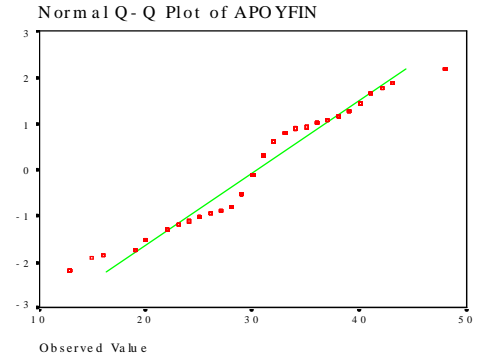


FIGURA. 2. 4. Distribución de los valores observados Con respecto al modelo teórico de la desviación Estándar.

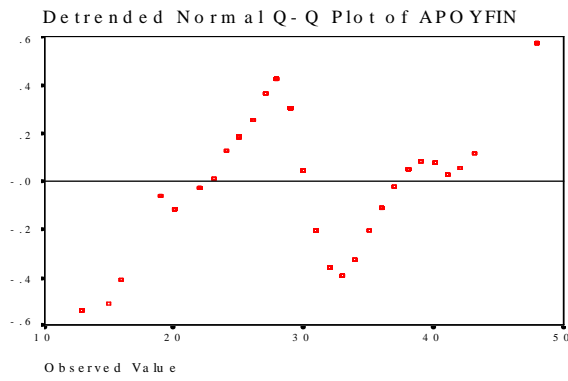


FIGURA 2.5. Distribución de los datos de acuerdo al modelo teórico de la mediana.

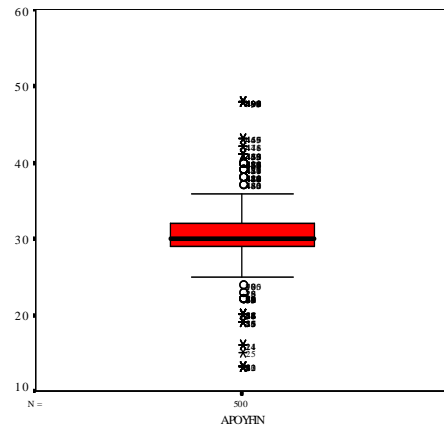


TABLA: 2.2. Muestra la Frecuencia de la variable apoyo social percibido.

VALORES TOTALES DE APOYO PERCIBIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJES VALIDOS	PORCENTAJES ACUMULADOS	TOTAL
13.00	13	2.6	2.6	BAJO
15.00	1	.2	2.8	BAJO
16.00	3	.6	3.4	BAJO
19.00	7	1.4	4.8	BAJO
20.00	16	3.2	8.0	BAJO
22.00	18	3.6	11.6	BAJO
23.00	4	.8	12.4	BAJO
24.00	4	.8	13.2	BAJO
25.00	18	3.6	16.8	BAJO
26.00	5	1.0	17.8	BAJO
27.00	6	1.2	19.0	BAJO
28.00	21	4.2	23.2	116
29.00	69	13.8	37.0	ACEPTABLE
30.00	89	17.8	54.8	ACEPTABLE
31.00	72	14.4	69.2	230
32.00	39	7.8	77.0	ALTO
33.00	20	4.0	81.0	ALTO
34.00	6	1.2	82.2	ALTO
35.00	4	.8	83.0	ALTO
36.00	11	2.2	85.2	ALTO
37.00	5	1.0	86.2	ALTO
38.00	14	2.8	89.0	ALTO
39.00	9	1.8	90.8	ALTO
40.00	17	3.4	94.2	ALTO
41.00	9	1.8	96.0	ALTO
42.00	3	.6	96.6	ALTO
43.00	4	.8	97.4	ALTO
48.00	13	2.6	100.0	154

3. ESTRES FINAL:

Para contar con una calificación total del estrés en cada uno de los sujetos, se realizó la sumatoria de todos los estresantes o situaciones estresantes comprendidos en la Escala de Reajuste Social, elaborada por Holmes y Rahe (1967). En ella se encuentran comprendidos 49 ítems organizados de mayor a menor, en función de sus capacidades para inducir cambios en el sujeto que los experimenta. Cada uno de los ítems tiene una puntuación asignada que se denomina unidades de cambio vital (UCV) que va desde 100 para el acontecimiento más grave (la muerte de un cónyuge) a 5 unidades para el menos relevante. Al sumar los valores es posible estimar el valor total de cambio. Cuando la suma es mayor a 150 unidades, se considera que puede afectar a la familia o al estado de salud de alguno de los miembros. Sí la suma es superior a 300 unidades, se puede asumir que la acumulación de estresantes puede producir problemas psicosociales, enfermedades orgánicas o psíquicas graves, patologías crónicas y alterar la función familiar. En esta variable, se obtuvo una media de (321.2) y una desviación estándar de (194.38) (Figura 3.1). Con respecto a la distribución de los datos procedentes de la muestra y la distribución teórica se observa un comportamiento atípico, es decir no se trata de una distribución normal. (Tabla 3.1. Figura 3.2., Figura 3.3 y Figura 3.4.) Por otro lado, la distribución de los valores con respecto al modelo teórico de la desviación estándar (194.38), se distribuyen delineando una curva atípica. (Figura 3.4). Para el caso del modelo teórico de la mediana, la mayoría de los datos se encuentran ubicados en ella, aunque puede observarse la existencia de

FIGURA: 3.2 Distribución de los datos para la variable estrés final.

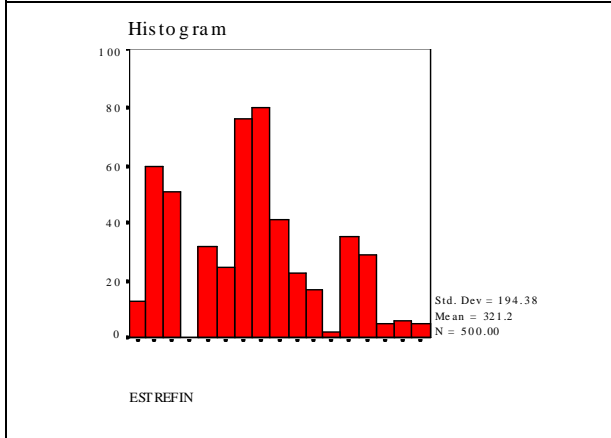


FIGURA: 3.3. Distribución de los datos procedentes de la muestra y la distribución teórica de la mediana.

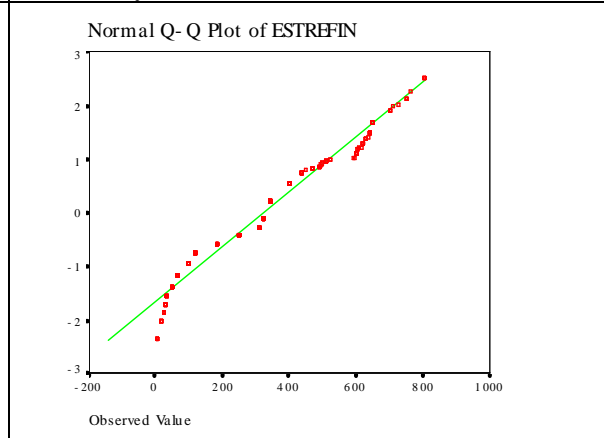


FIGURA: 3.4. Distribución de los valores observados con respecto al modelo teórico de la desviación estándar (194.38).

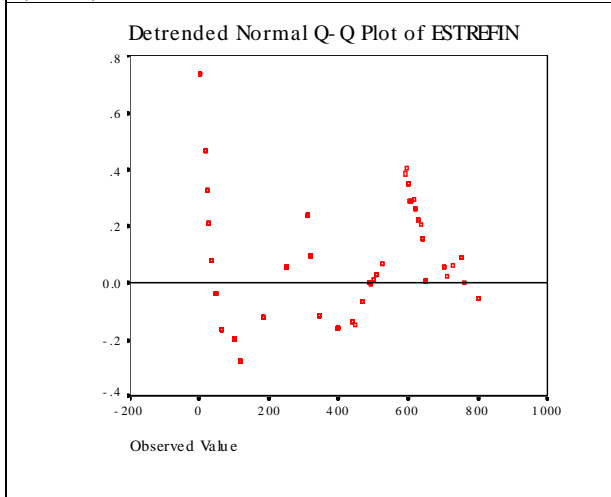


FIGURA: 3.5. Distribución de los datos de acuerdo con el modelo teórico de la mediana.

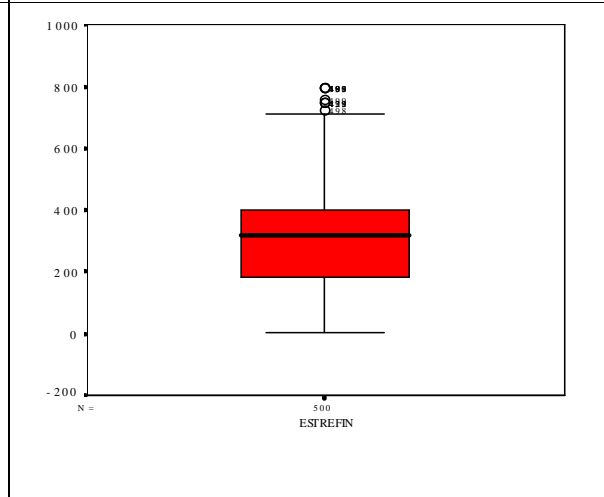


TABLA: 3.2. Frecuencia de sujetos con respecto a la variable estrés.

PUNTAJE DE ESTRÉS FINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO	NUMERO DE SUJETOS.
5.00	8	1.6	1.6	BAJO
20.00	5	1.0	2.6	BAJO
25.00	5	1.0	3.6	BAJO
30.00	7	1.4	5.0	BAJO
35.00	10	2.0	7.0	BAJO
50.00	16	3.2	10.2	BAJO
65.00	22	4.4	14.6	BAJO
100.00	27	5.4	20.0	BAJO
120.00	24	4.8	24.8	BAJO
185.00	32	6.4	31.2	BAJO
250.00	25	5.0	36.2	181
310.00	22	4.4	40.6	ALTO
320.00	54	10.8	51.4	ALTO
345.00	80	16.0	67.4	ALTO
400.00	41	8.2	75.6	ALTO
440.00	17	3.4	79.0	ALTO
450.00	1	.2	79.2	ALTO
470.00	5	1.0	80.2	ALTO
490.00	7	1.4	81.6	ALTO
495.00	1	.2	81.8	ALTO
500.00	2	.4	82.2	ALTO
510.00	7	1.4	83.6	ALTO
525.00	2	.4	84.0	ALTO
590.00	1	.2	84.2	ALTO
595.00	1	.2	84.4	ALTO
600.00	17	3.4	87.8	ALTO
605.00	2	.4	88.2	ALTO
610.00	3	.6	88.8	ALTO
615.00	1	.2	89.0	ALTO
620.00	10	2.0	91.0	ALTO
630.00	5	1.0	92.0	ALTO
635.00	1	.2	92.2	ALTO
640.00	10	2.0	94.2	ALTO
650.00	13	2.6	96.8	ALTO
700.00	4	.8	97.6	ALTO
710.00	1	.2	97.8	ALTO
725.00	1	.2	98.0	ALTO
750.00	4	.8	98.8	ALTO
760.00	1	.2	99.0	ALTO
800.00	5	1.0	100.0	319

4. CORRELACIÓN ESTRES – APOYO SOCIAL PERCIBIDO.

Utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, puede observarse, en la tabla 4.1 y en la figura 4.1 que lo acompaña, que existe una correlación significativa al 0.01 entre el estrés final y el apoyo social percibido final (.820). Esta correlación, hace probable la relación planteada en la hipótesis de investigación: A mayor estrés menor soporte social o a la inversa. A mayor soporte social percibido, menor estrés observado.

TABLA: 4.1 Coeficiente de correlación de Pearson obtenido para el estrés final y para el apoyo social final.

		ESTREFIN	APOYFIN
ESTREFIN	Pearson Correlation	1	.820
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	500	500
APOYFIN	Pearson Correlation	.820	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	500	500

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

5.- APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE OTROS.

El apoyo social percibido procedente de otros, también fue analizado a través de los estadísticos Kolmogorov – Smirnov (.179) Tabla (5.1). Para esta variable se obtuvo una media de 9.9 y una desviación estándar de 2.17. Tabla (5.3). Los valores mínimos en esta fueron de 4.0 y los valores máximos de 16.0 Tabla (5.3). Con respecto a la distribución de los datos procedentes de la muestra y la distribución teórica se observa un comportamiento muy semejante al modelo teórico. Figura (5.3.) Por otro lado, la distribución de los valores con respecto al modelo teórico de la desviación estándar (2.17), delinearon una curva típica. Figura (5.4). Para el caso del modelo teórico de la mediana, la mayoría de los datos se encuentran ubicados en ella, aunque puede observarse la existencia de datos arriba del tercer cuartil y abajo del primero, mismos que pueden considerarse como atípicos. Figura. (5.5). En el caso del análisis de frecuencia la muestra se distribuye de la siguiente manera: 80 sujetos se encuentran ubicados entre 4 y 9 puntos, 263 se encuentran dentro del rango 9 y 10 es decir el apoyo que perciben de los otros es aceptable y finalmente 157 sujetos van de 11 hasta las 16 unidades, es decir el apoyo que perciben es superior. Tabla (5.2.).

TABLA: 5.1 Prueba de normalidad de la distribución bajo los estadísticos Kolmogorov – Smirnov para la variable Otros.

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
OTROS	.179	500	.000

FIGURA: 5.2. Distribución de los datos, así como la desviación estándar y el valor medio obtenido para esta variable.

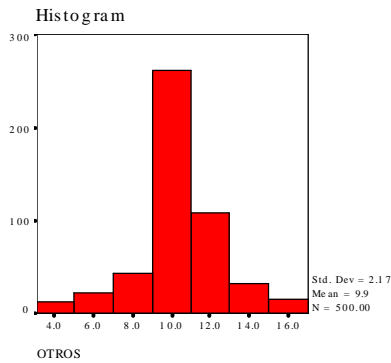


FIGURA: 5.3. Distribución de los datos procedentes de la muestra y la distribución teórica de la media.

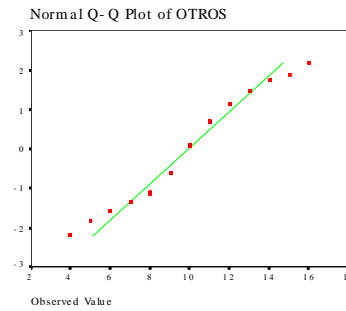


FIGURA: 5.4. Distribución de los valores observados con respecto al modelo teórico de la desviación estándar

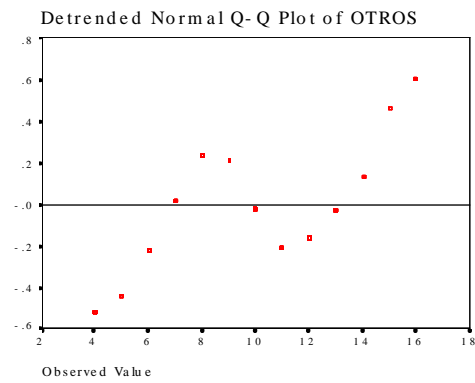


FIGURA: 5.5 Distribución de los datos de acuerdo con el modelo teórico de la mediana

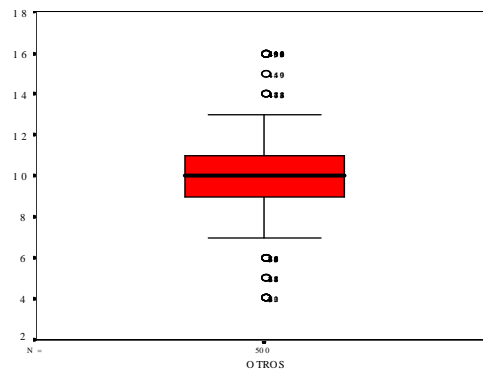


Tabla: 5.2. Frecuencia de la variable apoyo social percibido de otros.

VALORES	FRECUENCIA	TOTAL DE SUJETOS
4	13	BAJO
5	8	BAJO
6	15	BAJO
7	16	BAJO
8	28	80
9	105	ACEPTABLE
10	158	263
11	76	ALTO
12	32	ALTO
13	26	ALTO
14	7	ALTO
15	3	ALTO
16	13	157

6. CORRELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE OTROS.

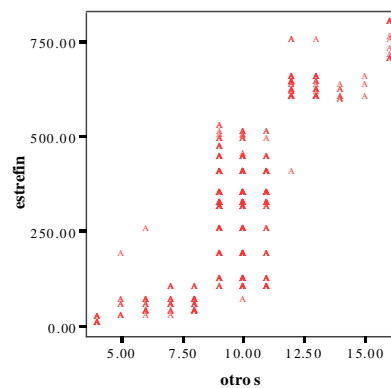
En otro sentido el análisis realizado con respecto a la correlación entre estrés y apoyo social percibido de otros significantes, realizado con el coeficiente de Pearson, indicó que existe una correlación positiva entre estas dos variables (.787) a un nivel de significancia de 0.01. Esto puede ser observado en el tabla 6.1 y en la figura 6.1.

TABLA: 6.1 Coeficiente de correlación de Pearson obtenido para el estrés final y para el apoyo social percibido de otros

		ESTREFIN	OTROS
ESTREFIN	Pearson Correlation	1	.787
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	500	500
OTROS	Pearson Correlation	.787	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	500	500

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

FIGURA: 6.1 Distribución de los datos procedentes de las dos variables (estrés y apoyo social percibido de otros)



7. APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE LOS PARES

En el caso de esta variable se puede observar que el valor medio obtenido fue de 10.6 y la desviación estándar fue de 2.12. Figura (7.1) Puede observarse, también que las frecuencias para los valores extremos fueron de 36 casos menores a 7 y 25 frecuencias mayores a 15. Tabla (7.1). Aún así, los datos se comportan de manera semejante a una curva normal. Con respecto a la distribución de los datos procedentes de la muestra y la distribución teórica se observa un comportamiento muy semejante al modelo teórico. Figura (7.3.) Por otro lado, la distribución de los valores con respecto al modelo teórico de la desviación estándar (2.12), se distribuyen delineando una curva típica. (Figura 7.4). Para el caso del modelo teórico de la mediana, la mayoría de los datos se encuentran ubicados arriba de la mediana, (tercer cuartil) y abajo del primero, mismos que pueden considerarse como atípicos., reflejando una asimetría positiva. Figura (7.5). Por otro lado, en el análisis de frecuencia la muestra se distribuye de la siguiente manera: 82 sujetos se ubican entre 5 y 8 puntos (apoyo bajo), 192 se encuentran en el valor 10, lo cual refleja que el apoyo que perciben de los pares es aceptable y finalmente 226 sujetos oscilan entre las 11 y 16 unidades, es decir perciben un apoyo superior. Tabla (7.2).

FIGURA: 7.2 Distribución de los datos, así como la desviación estándar (2.12) y el valor medio obtenido (10.6) para esta variable.

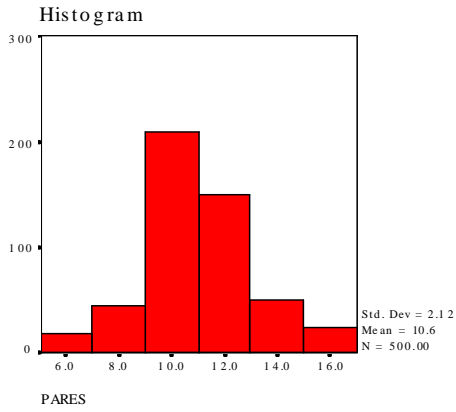


FIGURA: 7.3 Distribución de los datos procedentes de la muestra y la distribución teórica de la media.

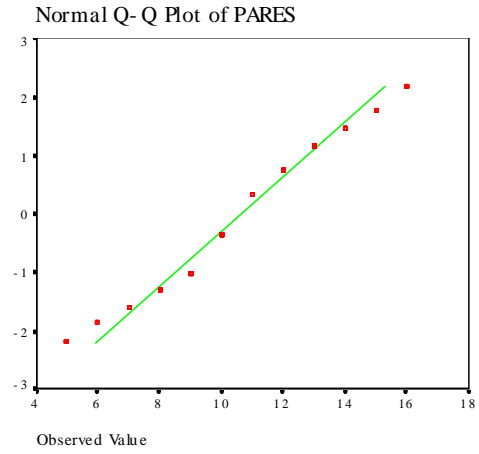


FIGURA: 7.4 Distribución de los valores observados con respecto al modelo teórico de la desviación estándar (2.12).

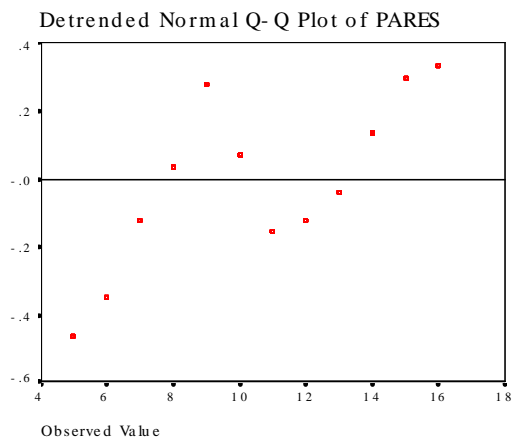


FIGURA: 7.5 Distribución de los datos de acuerdo con el modelo teórico de la mediana.

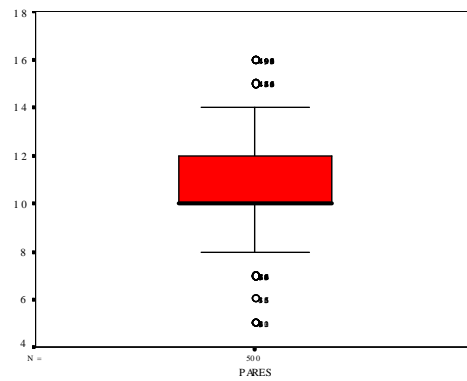


Tabla: 7.2. Distribución del análisis de frecuencia del apoyo social percibido de pares.

VALORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	TOTAL DE SUJETOS
5	13	1.8	2.6	BAJO
6	6	.8	1.2	BAJO
7	17	2.3	3.4	BAJO
8	28	3.8	5.6	BAJO
9	18	2.4	3.6	82
10	192	26.0	38.4	ACEPTABLE 192
11	82	11.1	16.4	ALTO
12	68	9.2	13.6	ALTO
13	29	3.9	5.8	ALTO
14	22	3.0	4.4	ALTO
15	12	1.6	2.4	ALTO
16	13	1.8	2.6	226

8. CORRELACION ENTRE ESTRES Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE LOS PARES.

En cuanto a la correlación entre el nivel de estrés y el apoyo social percibido de los pares, puede observarse que se obtuvo una correlación positiva de .786 con un nivel de significancia de 0.01.

TABLA: 8.1. Coeficiente de correlación de Pearson obtenido para el estrés final y para el apoyo social percibido de los pares.

		ESTREFIN	PARES
ESTREFIN	Pearson Correlation	1	.786
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	500	500
PARES	Pearson Correlation	.786	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	500	500

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

FIGURA: 8.1 Distribución de los datos procedentes de las dos variables (estrés y apoyo social percibido de los pares)

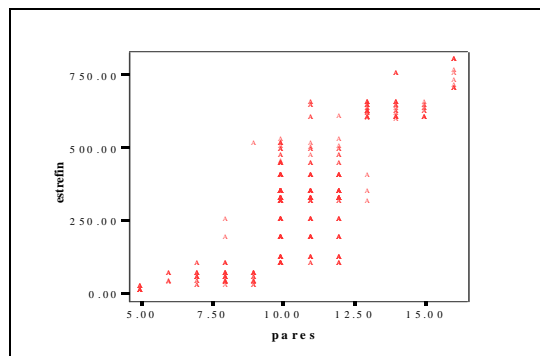


FIGURA: 9.2 Distribución de los datos, así como la desviación estándar (2.55) y el valor medio obtenido (9.8) para esta variable.

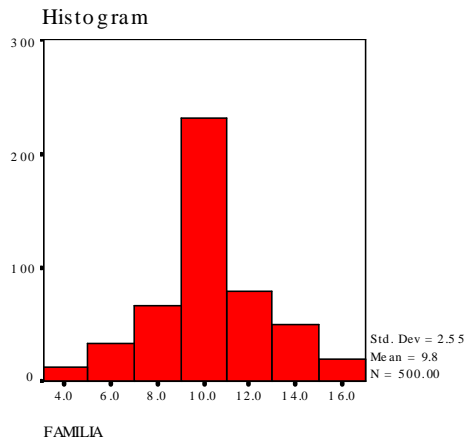


FIGURA: 9.4 Distribución de los valores observados con respecto al modelo teórico de la desviación estándar (2.55).

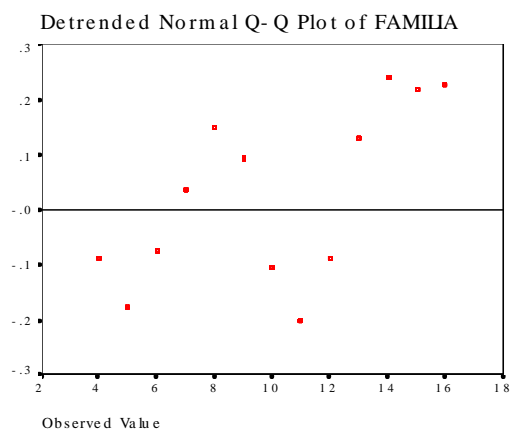


FIGURA: 9.3 Distribución de los datos procedentes de la muestra y la distribución teórica de la media.

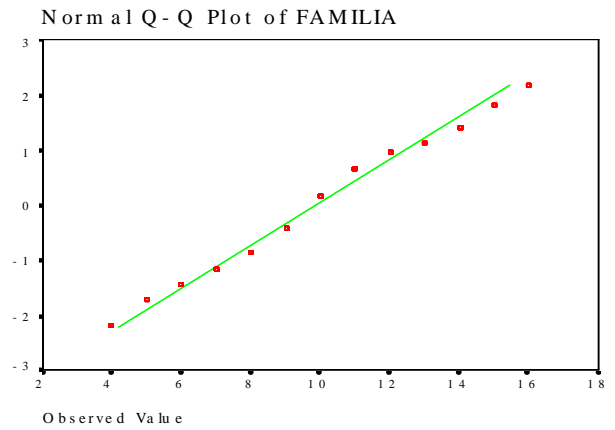


FIGURA: 9.5 Distribución los datos de acuerdo con el modelo teórico de la mediana.

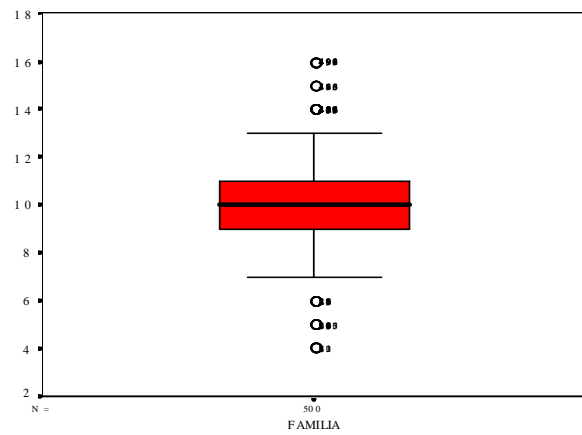


Tabla: 9.2. Análisis de frecuencia del apoyo social percibido de la familia.

VALORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO	TOTAL DE SUJETOS
4	13	1.8	2.6	2.6	BAJO
5	16	2.2	3.2	5.8	BAJO
6	18	2.4	3.6	9.4	BAJO
7	31	4.2	6.2	15.6	BAJO
8	37	5.0	7.4	23.0	BAJO 115
9	108	14.6	21.6	44.6	ACEPTABLE
10	124	16.8	24.8	69.4	ACEPTABLE 232
11	53	7.2	10.6	80.0	ALTO
12	28	3.8	5.6	85.6	ALTO
13	13	1.8	2.6	88.2	ALTO
14	38	5.1	7.6	95.8	ALTO
15	8	1.1	1.6	97.4	ALTO
16	13	1.8	2.6	100.0	153

10. CORRELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE LA FAMILIA.

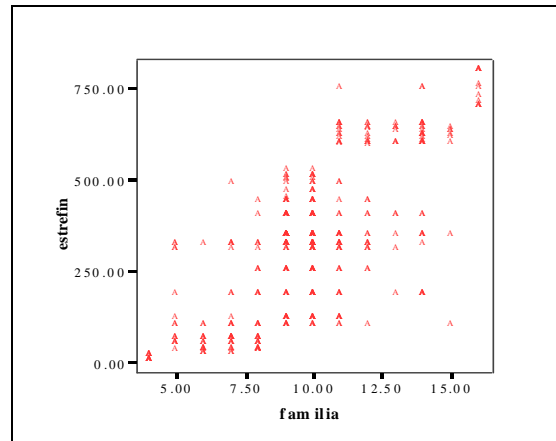
La correlación obtenida entre el nivel de estrés y el apoyo social percibido de la familia, puede observarse en la tabla (10.1). En él se consigna una correlación positiva de .727 con un nivel de significancia de 0.01., que permite suponer la existencia de una relación entre estas dos variables, es decir, existe algún indicio de que se asocian las variables.

TABLA: 10.1 *Coefficiente de correlación de Pearson obtenido para el estrés final y para el apoyo social percibido de la familia..*

		ESTREFIN	FAMILIA
ESTREFIN	Pearson Correlation	1	.727
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	500	500
FAMILIA	Pearson Correlation	.727	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	500	500

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

FIGURA: 10.1 Distribución de los datos procedentes de las dos variables (estrés y apoyo social percibido de la familia)



11. RESUMEN DE LOS ESTADÍSTICOS.

Finalmente, en la tabla 11.1, se presenta un resumen de los estadísticos calculados para las variables y las correlaciones entre el estrés y los diferentes apoyos.

TABLA: 11.1

VARIABLE	MEDIA	DESVIACIÓN	CORRELACIÓN
A. S. P. FINAL	30.4	6.36	
ESTRÉS FINAL	321.2	194.38	
ESTRÉS – A. S. P.	-----	-----	.820
A. S. P. DE OTROS	9.9	2.17	
ESTRÉS – A. S. P. OTROS	-----	-----	.787
A. S. P. DE PARES	10.6	2.12	
ESTRÉS – A. S. P. PARES	-----	-----	.786
A. S. P. FAMILIA	9.8	2.55	
ESTRÉS - A. S. P. FAMILIA	----	----	.727

Como puede observarse, el coeficiente de correlación mayor se encuentra en la relación general entre Estrés y Apoyo Social Percibido (.820). Posteriormente, se confirma una correlación positiva entre Estrés y Apoyo Social Percibido de otros (.787) y con diferencia de una sola unidad se encuentra la correlación entre Estrés y Apoyo Social Percibido de los Pares (.786) y finalmente la correlación entre Estrés y Apoyo Social Percibido de la Familia (.727). A partir de las tres correlaciones se puede suponer la existencia de una relación muy fuerte entre Estrés y Apoyo Social Percibido, es decir, es factible suponer como válida la hipótesis de investigación: ***La relación que existe entre Estrés y Apoyo social es inversamente proporcional, es decir a mayor Estrés menor soporte social.***

Por otro lado, también puede observarse que en la prueba de Kolmogorov – Smirnov, comprueban el comportamiento de la muestra semejante a una distribución teórica normal. Así mismo, los gráficos elaborados dan cuenta del comportamiento normal de la muestra con respecto a la media, mediana y desviación estándar.

6. DISCUSION.

En los capítulos antecedentes de este trabajo, y especialmente en aquellos que se refieren al marco teórico, se han presentado las diversas investigaciones que han intentado establecer la relación del estrés con diferentes variables, incluyendo el apoyo social.

La relación entre estrés y apoyo social ha sido estudiado por Barrón (1998); Vaux (1988); Lakey y Heller (1998); Cohen y Mckay (1984); Cutrona y Rusell (1990); Carrobes, J. at. Al. (2003), entre otros han utilizado diferentes muestras e incluido enfermedades específicas tratando de relacionarlas con el estrés y con el apoyo social. Muchos de ellos reportaron la existencia de una relación general entre estrés y apoyo social.

En el caso de esta investigación, los resultados obtenidos se encuentran de acuerdo con los resultados de las anteriores investigaciones referidas. Esto puede comprobarse a través del coeficiente de correlación obtenido: Estrés-apoyo social percibido (.820), y en este sentido, puede asumirse que los tres tipos de apoyo social percibido (otros, (.787), pares (.786) y familia (.727)), incluidos en la investigación, pueden ser importantes para la reducción del estrés.

Esta indagación ha propuesto que aparentemente y para una porción importante del fracaso escolar (ausentismo, reprobación, deserción) en el nivel medio superior, puede resultar relevante el estrés con el que se enfrenta el alumno en su vida cotidiana y específicamente en la parte que tiene que ver con la escuela y con su desempeño académico.

De hecho el interés sobre esta investigación, se origina por lo observado y registrado en el plantel Chimalhuacán del C.E.C.y.T. Del Estado de México: Bajas académicas por inasistencias, altos grados de reprobación y consecuentemente, baja eficiencia Terminal. Generalmente, y de acuerdo con documentación en el área de orientación, estas inasistencias, se presentan por enfermedad ó por problemas familiares.

Si bien es cierto, que los análisis estadísticos no se realizaron de manera específica para eventos ó cambios vitales particulares, durante la construcción de la base de datos fue posible observar los eventos que fueron señalados con mayor frecuencia; comienzo ó terminación del ciclo escolar, hábitos de sueño, separación marital (padres), logro personal sobresaliente, cambio de en hábitos personales, problemas con el profesor, cambios en el número de discusiones con la pareja, además de haber establecido a las vacaciones como un evento muy significativo para el alumno.

Como puede observarse, el coeficiente de correlación mayor se encuentra en la relación general entre Estrés y Apoyo Social Percibido con (.820). Sin embargo, en un primer momento los tres tipos de apoyo percibido resultan importantes en la reducción de estrés. Tabla (4.1).

Con respecto a la correlación entre las variables estrés y apoyo social percibido de otros (.787), Tabla (6.1). Los resultados reflejan que si existe correlación significativa entre dichas variables, es decir, para el alumno es de suma importancia, el interés y apoyo que percibe de sus Profesores, Orientadores, entre otros participantes dentro de su medioambiente, (no familiares, ni pares), específicamente hablando del ámbito escolar, debe existir la posibilidad de enriquecer el conocimiento, ampliar expectativas y permitirle el desarrollo como individuo a través de la comunicación y el contacto personal.

Con diferencia de una sola unidad se encuentra la correlación entre Estrés y Apoyo Social Percibido de los Pares (.786), Tabla (8.1). Esto permite proponer que existe una correlación significativa entre ambas variables. Luego entonces, las relaciones entre iguales tiene efectos positivos en el afrontamiento del estrés ya que a través de ellas, el alumno socializa y adquiere competencias sociales, las cuales le permitirán sentirse escuchado, amado y aceptado por sus amigos ó simplemente sentirse con la seguridad de solicitar apoyo cuando considere necesitarlo.

La variable estrés y apoyo social percibido de la familia es la variable que se encuentra con el menor puntaje (.727), Tabla (10.1). Pero no presenta grandes diferencias entre esta y los otros dos tipos de apoyo. La correlación que existe es fuerte entre ambas variables. Contrario de lo que se cree, la familia representa una fuente importante en el desarrollo integral del joven. Ella proporciona importancia a las opiniones y para que la ayuda que proporcionan los padres sea efectiva para dar solución a los problemas que se presentan en la vida cotidiana y escolar, será necesario que tanto los padres como los adolescentes aprendan a comunicar sus sentimientos y a expresarlos de manera honesta (Sánchez-Queija; Oliva A, 2003).

Con respecto a la distribución de la muestra sobre el número de sujetos que presentan síntomas de estrés se tiene que 181 sujetos se ubican entre 5 y 250 unidades es decir, el nivel de estrés que manifiestan se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, es decir no puede afectar al organismo, sin embargo, 319 individuos arrojan puntuaciones que van desde las 310 a las 800 unidades, lo que significa que el estrés pudiera estar afectando a la familia, las relaciones psicosociales ó al estado de salud. (Holmes y Rahe, 1967). Tabla (3.2).

En referencia al Apoyo Social Percibido de manera General el MSPSS arroja la siguiente distribución de la muestra: 116 sujetos se encuentran entre los 13 y 28 unidades es decir, el Apoyo Social Percibido es relativamente bajo, 230 alumnos se ubican entre 29, 30 y 31 unidades que reflejan una percepción de apoyo social aceptable y finalmente 154 oscilan entre los 32 y 48 puntos, lo que significa que la percepción que tienen del apoyo es superior. Tabla (2.2).

Por otro lado, el análisis de las variables de Apoyo Social Percibido de acuerdo a su clasificación, (otros, pares y familia), quedo de la siguiente manera, para el caso del apoyo percibido de otros: 80 alumnos se encuentran entre 4 y 8 unidades, 263 entre 9 y 10, es decir el apoyo es aceptable y finalmente 157 oscilan entre 11 y 16 puntos, el apoyo

que perciben es superior. Tabla (5.2). Para el apoyo percibido de los pares la frecuencia fue: 82 sujetos se ubican entre 5 y 9 unidades, 192, 10 puntos, (apoyo aceptable) y 220 entre las 11 y las 16 unidades (apoyo superior). Tabla (7.2). Finalmente para el caso del apoyo percibido de la Familia se tiene que 115 participantes se distribuyen entre 4 y 8 unidades, 232 entre 9 y 10 puntos, 153 oscilan entre 11 y 16, lo que significa que perciben un apoyo superior. Tabla (9.2.).

De acuerdo a lo arriba señalado se tiene que los alumnos perciben el menor apoyo de la familia, consideran que el apoyo que reciben de los otros es aceptable y finalmente el grupo de pares es de quien perciben un apoyo superior.

En el caso del coeficiente de correlación mas alto, que corresponde a la relación entre estrés y apoyo social percibido (.820) Tabla (4.1). Es posible referir una coincidencia con lo señalado por Barrón, (1996), con respecto al efecto que tiene la percepción de apoyo potencial; aumento positivo en el estado de ánimo, en la autoestima, sensación de control sobre el ambiente. Lo anterior, también se encuentra en correspondencia con lo señalado por otras investigaciones, (Vaux, 1988; Ellis, 1962; Cohen y Ashby, 1985), en el sentido de que estos estados Psicológicos influyen en la susceptibilidad a la enfermedad física o en la promoción de conductas más saludables.

Elaborando un resumen se encuentra que:

1. El propósito y los objetivos de esta indagación se cumplieron, ya que se determinaron los niveles existentes de estrés en la comunidad estudiantil y se establecieron los niveles de apoyo social además de la relación entre ambos.
2. Con respecto a las preguntas de investigación se concluye que:
 1. En esta investigación la relación existente entre el estrés y el apoyo social percibido es significativa.
 2. La muestra de jóvenes bachilleres confirmo que el papel del apoyo social que perciben obtener de los amigos, pareja, familia, Profesores, Orientadores, entre otros es significativa en la resolución de eventos cotidianos de la vida evaluados como indeseables ó que simplemente provocan el desequilibrio en el organismo.
 3. Con respecto al papel del estrés, se tiene que representa un obstáculo en el desarrollo integral del alumno, los grandes cambios y la exposición prolongada a ellos puede estar provocando en el alumno una deficiencia académica y de salud, (desarrollo de estrategias de afrontamiento inadecuadas como el abuso y uso de drogas y alcohol).

Por lo tanto, es factible suponer como valida la hipótesis de investigación: ***La relación que existe entre Estrés y Apoyo social es inversamente proporcional, es decir a mayor Estrés menor soporte social.***

7. CONCLUSIONES

El estrés no es un constructo unívoco, en realidad es un proceso que involucra una interacción entre las modificaciones del entorno, los procesos psicológicos y Fisiológicos del organismo. La reacción ante este, conlleva a la aparición ó precipita la instauración de enfermedades.

El estrés esta presente en la vida cotidiana del alumno, situaciones que aparentemente parecen positivas como estudiar, iniciar el ciclo escolar, salidas con miembros del sexo opuesto, término del ciclo escolar, las vacaciones, trabajar, estudiar, casarse, divorciarse, entre otros eventos diarios. (eventos vitales), pueden provocar estados de ansiedad y estrés afectando el equilibrio del individuo. El problema actual en el estudio de este concepto es su indefinición.

Existen diversas propuestas que intentan conceptualizarlo, teniendo entre las principales a Seyle (1936; citado en Papalia, 2000), con su Síndrome General de adaptación, a Lazarus, (1986) quien lo define como el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, poniendo en peligro su bienestar. Conceptualizado como estímulo, se resaltan tres conceptos importantes 1) Tensiones vitales persistentes, 2)Acontecimientos vitales importantes y 3) Problemas cotidianos. Cramer y Block, (1998). Y finalmente la propuesta de eventos vitales que argumenta que el estrés no es mas que un fracaso de adaptación del organismo, ante las demandas cotidianas de la vida.

Sintetizando se tiene entonces, que el estrés involucra tres elementos principales:

Factores externos: Corresponden básicamente con lo que Seyle (op cit) denominaba “estresores”, y en ellos se engloban todas aquellas variables del medio ambiente susceptibles de alterar el equilibrio del medio interno y sobrecargar el funcionamiento de los mecanismos de defensa y regulación homeostática del organismo. El índice de eventos vitales tal como lo establecen (Holmes y Rahe op cit) entra en este grupo.

Factores internos: Se refieren a aquellas variables propias del alumno directamente relacionadas con la respuesta de estrés y con la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos de estrés. El índice de reactividad al estrés es una variable de este grupo.

Factores moduladores: Están constituidos por variables tanto del medio como del individuo, no directamente relacionados con la inducción o la respuesta de estrés, pero que sin embargo condicionan, modulan o modifican la interacción, entre factores externos o internos. Los estados afectivos, el autocontrol y el apoyo social.

Entonces el estrés no es más que el resultado de la interacción entre el medioambiente, procesos Psicológicos y fisiológicos, propuesta hecha por el Modelo biopsicosocial, en donde la relación con la salud y la enfermedad depende de las creencias, evaluación y percepción que el individuo tenga de los sucesos vitales y de los recursos de afrontamiento con los que cuenta para resolverlo. Dentro de los recursos se considera de

suma relevancia al apoyo social (y su cognición). Marco de referencia en el cual se ha desarrollado esta investigación.

El proceso de estrés, por tanto, puede concebirse como una combinación entre fuentes de estrés, mediadores de estrés y manifestaciones del mismo, y el hecho de que el estrés dañe al organismo implica una distorsión del pensamiento y del sentimiento, dado que la conducta está controlada en gran medida por la forma en que se piensa. Mahoney y Meichembaum, (1977; citados por Groos, 2001). Este punto de vista es más consistente con las teorías cognitivas.

Por otra parte, para entender la forma en que el entorno social ya sea estructural o cultural, afecta a una persona, se requiere siempre la referencia de la mediación psicológica, es decir *la evaluación* que haga el alumno de la situación. En otras palabras, de acuerdo con Ellis (1962; citado por Beck, 2000); Goldfriend y Davison (1994) de lo bien ó mal que las personas interpretan los sucesos cotidianos ó por las autoverbalizaciones que hacen de estos. Es decir, el hecho de aceptar los cambios como parte de la vida misma no quiere decir que no puedan ser perjudiciales para el bienestar. O por otro lado, de la deseabilidad ó indeseabilidad de dicho evento. Por ejemplo, la terminación de un noviazgo, mientras que para un alumno puede ser percibido como negativo y, en consecuencia repercutir en su salud y bienestar emocional, para otros puede significar el fin de una situación problemática y percibirlo como una liberación.

Por tanto, podemos aceptar como definición de acontecimientos vitales estresantes la siguiente: aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por éstos como indeseables. Barrón, (1988; citado en Barrón 1996).

Los recursos de los que haga uso el individuo para controlar estos acontecimientos vitales estresantes, son tan variados como el estrés mismo, sin embargo, se cree que si el entorno social es una fuente importante de estrés, también debe de proporcionar los recursos con los que el individuo puede afrontar dichos sucesos, de manera específica se habla del apoyo social real ó percibido.

Es decir no es que los sujetos con alto grado de estrés no reciban apoyo, de hecho todos los individuos obtienen sustento y apoyo a partir de sus relaciones con los otros, en cierto modo resulta obvio. Lo que resulta menos obvio es la forma como lo consiguen, lo piden y lo perciben.

Gottlieb, (1983) propone que las personas con poco apoyo social tienen mayor riesgo de experimentar estresores ambientales que aquellos que están socialmente integrados o tienen acceso a apoyo en caso de necesitarlo, en esta línea se tiene que las relaciones sociales ayudan a anticipar ciertos estresores y así, alterar aspectos del entorno o de su conducta para evitar su exposición.

Es sabido ya que el apoyo social tiene efectos benéficos sobre la salud y el bienestar, sin embargo, para la correcta planificación de las intervenciones, es imprescindible aclarar los mecanismos a través de los cuales el apoyo social opera. Ya sea como efecto directo o como efecto protector o de amortiguación. (Cohen y Ashby, 1985).

Frente a la hipótesis del efecto protector se tiene que el apoyo social actúa como un moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar. Es decir, supone que los estresores sociales sólo tienen efectos negativos en aquellos sujetos con un bajo nivel de apoyo, en ausencia del estrés el apoyo social, se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés, siendo un moderador del impacto de este mismo. (Barrón, 1996).

Thoits (1985), argumentaba que las relaciones sociales son beneficiosas en tres formas:

1. Proporcionando al sujeto un conjunto de identidades.
2. Siendo fuente de autoevaluaciones positivas
3. Como base de sensación de control y dominio.

En el caso del efecto de protección o de amortiguación, Lazarus y Folkman (1986) ya hablan sobre las evaluaciones (primarias y secundarias interactuantes), que hace el sujeto para determinar si ambiente es estresante, para evaluar el grado de intensidad y la calidad de la respuesta emocional.

Por otro lado, también se habla del afrontamiento, o proceso a través del cual la persona maneja las demandas. Es decir, de los esfuerzos cognitivos y conductuales de los que hace uso.

Entonces, dentro de este vínculo estrés y apoyo social, la **creencia** del sujeto cumple un papel fundamental. Es decir, la percepción que tiene de ambos eventos, adquiere un valor mucho más significativo. Ya que finalmente lo que el individuo cree con respecto a lo que le pasa y a el grado de calidad de soporte es lo que reduce en potencia el estrés.

Vaux (1988) afirma que percibir que existe apoyo social disponible, aunque sea falso, aumenta el bienestar Psicológico, es decir, aunque no se reciba como tal tiene, efectos beneficiosos para las personas.

Por lo tanto, de acuerdo a lo anterior dicho y lo revisado dentro de esta indagación se concluye que los resultados indican que dentro de la comunidad estudiantil existen altos índices de estrés que pueden estar afectado el desarrollo educativo y socio afectivo de los estudiantes bachilleres.

Empero, la integración social y el apoyo social percibido representan distintos procesos a través de los cuales los recursos sociales pueden influir en el bienestar del alumno.

7.1 PROPUESTA

Debido a la cantidad de población de la que se habla, actualmente 1250 estudiantes inscritos y a la falta de personal de orientación (Solo cuatro orientadores quienes de manera individual atienden por semestre aproximadamente a 250 alumnos) . La propuesta de intervención consiste en la creación de un grupo de apoyo o autoayuda. Dentro de este enfoque los individuos se agrupan de acuerdo a problemas semejantes, crisis vitales, etc, a través de esto se pretende la creación ó potencialización de los lazos, ampliación de las fuentes importantes de apoyo social de los alumnos.

El grupo se encaminara primeramente a reforzar o crear relaciones efectivas y de apoyo en los alumnos.

1. Influir en las evaluaciones primarias (irrelevancia, benigna, etc.) y secundarias. (recursos de afrontamiento).
2. Influyendo directamente en las conductas: Si el sujeto realmente no cuenta con recursos suficientes, los recursos aportados por los demás permitan un afrontamiento eficaz.
3. Proporcionar apoyo emocional en los problemas irresolubles.

Y a propiciar las diversas actuaciones propuestas por Vaux (1988):

1. Acción protectora directa: Determinadas conductas de apoyo pueden prevenir la ocurrencia de ciertos estresores.
2. Inoculación: El apoyo social puede reducir la importancia del estresor, se trata de conseguir que el resultado de la evaluación cognitiva primaria sea de irrelevancia.
3. Acción de apoyo directa: Ocurre en aquellos casos en que aunque un sujeto no tenga recursos suficientes para manejar un estresor, los recursos aportados por los demás permiten un afrontamiento eficaz. Se trataría de un apoyo directamente centrado en el problema, no en las evaluaciones.
4. Guía de evaluación secundaria: Consiste en tratar de provocar una evaluación mas realista de los recursos, proponiendo nuevas estrategias de solución de problemas.
5. Reevaluación: Encaminada a lograr una reevaluación del estresor como menos amenazante.
6. Apoyo emocional paliativo: Se trata de un apoyo centrado en la emoción, indicado en aquellas ocasiones en que la pérdida o amenaza ya ha ocurrido.
7. Diversión: Es un apoyo dirigido también a la emoción cuando no se puede evitar la ocurrencia de ciertas dificultades o problemas. Se dirige a distraer al sujeto hacia actividades o acciones más reforzantes, provocando que no se centre en exceso en el problema.

Dentro de las limitantes de esta indagación se encontró, la poca disponibilidad de los sujetos, para esta investigación.

1. Con respecto a los tiempos:
 - a. Personal: Debido a que la muestra fue amplia se tuvo que solicitar el apoyo del personal docente para la aplicación de los instrumentos. Lo que requirió de llevar a cabo una breve descripción de la investigación, del funcionamiento y control de los instrumentos, esto con el objetivo de involucrar a los aplicadores en el proceso, lo que ocasiono un retraso considerable en la fecha programada para el período de aplicación.
 - b. La ausencia de algunos alumnos a sus actividades académicas.
 - c. Períodos de evaluación parcial intervinieron en el proceso de aplicación.

2. Con respecto a los recursos:
 - a. Personal: La apatía y distracción de algunos alumnos provoco que en el momento de la aplicación, se repitieran las instrucciones varias veces para la comprensión de los instrumentos.
 - b. Docente: Falta de apoyo y cooperación para llevar a cabo esta investigación.

Alcances: a través de esta indagación se determinó la relación entre estrés y apoyo social percibido en una población de jóvenes bachilleres.

Recordemos que la relación con la familia llegada la adolescencia es de suma importancia ya que con una buena relación y comunicación con ésta, el adolescente a través del apoyo y afectividad, desarrollara las habilidades que lo lleven a la autonomía y a la construcción de un proyecto de vida que le permita afrontar con mayor éxito los obstáculos económicos, sociales, personales y interpersonales a través de su interacción correcta con los profesores, orientadores entre otros. Así mismo con los pares (apoyo informal) además de recurrir a las instituciones de salud adecuadas cuando le sea necesario (apoyo formal).

La posibilidad de realizar la creación del grupo ó grupos de apoyo, permite tener un elemento importante de prevención o terapéutico, que en su momento, podrá dar solución a las problemáticas particulares de los alumnos.

Es factible suponer que los resultados encontrados deben tomarse con reserva y que sería importante repetir la experiencia de esta investigación en otros planteles del sistema.

Así mismo, sería muy importante desarrollar la propuesta de intervención y llevar a cabo los controles necesarios para determinar su efectividad, buscando también la posibilidad de generalizarla a otras poblaciones en el mismo sistema.

Bibliografía

Abril, V.J. (1998), Apoyo Social y ánimo depresivo en poblaciones de alto riesgo. *Revista de Psicología Social*, 13 (3) 347-357.

Arechavala, M. Y Miranda C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia. Enferm*, 8, (1), 49-55. Recuperado el 16 de Julio 2007. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532002000100008&ing=es&nrm=iso, ISSN0717-9553.

Barrón, A. (1996). *Apoyo Social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

Barrón, L.P., & Chacón, F. (1988). Apoyo Social y autoayuda, en A, Martín, F. Chacón y M. Martínez, *Psicología Comunitaria*, Madrid:Visor.

Barrón, L. R., & Sánchez, M.E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, 1, 17-23. Retrieved from doi:1886-144x

Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa. Pág. 33-37.

Belle, D. (1982). The stress of caring: Women as providers of social support. En L. Goldberg y S. Breznitz (Eds.) *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York. The Free Press.

Bloom, J.R. (1990). The relationship of social support and health. *Social Science Medicine*, 30,5,635-63

Braun, B.G. (1990). Multiple personality disorder: An overview. *The American Journal of Occupational Therapy*, 44, 971-976.

Campo, J.E.; Jairo, R.J.; Ortíz, C.; Quintero, L.; Herrera, J.A. (2006). Niveles de presión arterial y de estrés psicosocial en estudiantes de la Facultad de Salud. Universidad del Valle. Colombia. On line 37 (2) supl. 1.

Caplan, G. (1974), *Support systems and community mental health*, Nueva York, Basic Books.

Carrobes, J.A.; Remor, E y Rodríguez, A.L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distress emocional en pacientes con infección por VIH. *Rev. Electrónica Psicothema* 2003. Universidad Autónoma de Madrid. 15 (3), 420-426.

Castells, P., & Silber, T. (1998). "Guía práctica de la salud y Psicología del adolescente". Planeta: España.

Castro, R.; Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública*. 31, (4), 425-435. ISSN 0034-8910.

Chandler, L.A & Shermis, M.D. (1986). Behavioral responses to stress: profile patterns of children. *Journal of Clinical Psychology*, 15 (4), 317-322.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*, 38,5, 300-314.

Cohen, S., & Ashby, T. (1985). Stress, social support and buffering hipótesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), pp. 310-357.

Cohen y McKay (1984). ,<<Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis:>> en A. Baum, S.E. Taylor y J.E. Singer, *Handbook of Sychology and Health*, New Jersey, Hillsdale.

Cutrona, E.E. (1986) <<Behavior manifestations of social support A microanalytic investigation>>, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51,1, 201-203 y
Rusell, D.W. (1990), <<Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching>>, en B.R.

Contreras, R. E., García, M. M., González, P. A., Vargas, N. I., Cruz Silva, V., Rojas, R. M., et al. (2001). *Psicología Clínica y Salud*. México: UNAM Fes Zaragoza.

Cramer, P. (1987). The development of defense mechanisms. *Journal of personality*. 55 (4), 597-614.

Cramer, P., & Block, J. (1998). Preschool antecedents of defense mechanism use in young adults: a longitudinal study. *Journal of personality and Social Psychology*, 74 (1), 159-169.

Cox, B.J.; Murray, L.T. y Torgrude, L.J. (2003). Confirmatory Factor Analysis of The Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Clinically Distressed and Student Samples. *Journal of Personality Assessment*. 81 (3).

Dahlem, N.W.; Zimet, G.D. Y Walker, R.R. (1991) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *Journal Clinical Psychology*, 47 (6), 756-761.

Decreto No. 4, Periódico Oficial, Gaceta del Gobierno del Estado de México. 19 de Octubre de 1994.

Dunkel-Schetter, C., y Bennett, T.L. (1990). <<Differentiating Cognitive and behavioural aspects of social support>>. En B.R. Sarason, I.G. Sarason y G.R. Pierce, *Social Support: An interactional view*, Nueva York, Wiley.

Edens, J.L; Larkin, T. K. y Abel, J. (1992) The effect of social support and pshysical touch on cardiovascular reactions to mental stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (4), 371-382

Ensel, W.M., y Lin, N. (1991). The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of Health and Social behavior*, 32, 321-341.

Fernández, R.L. (1994). Manual de psicología preventiva; teoría y práctica. México. Siglo XXI.

Gerin, W., Milner, D., Chawla, S. y Pickering, T. (1995). Social support as a moderator of cardiovascular reactivity in women: A test of the direct effects and buffering hypotheses. *Psychosomatic Medicine*, 57, 16-22.

Goldfried, M.R., Y Davison, G.C. (1994). Clinical behavior Therapy: Expanded edition. New York: Wiley.

González, M., & Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos auto-informados y estrés en estudiantes de psicología. *Revista de psicología Social. Fundación Infancia y Aprendizaje*. 21 (2), 141-152.

González, R. J.L., Morera, A., & Monterrey, A.L. (1989). El Índice de reactividad al estrés como modulador del efecto sucesos vitales en la predisposición patología medica. *Revista Psiquis. Facultad de Medicina Universidad de La Laguna*. 10 (20), 1-8.

Gottlieb, B.H. (1983), *Social Support strategies*, Beverly Hills, SAGE ---- (1988), *Marshalling social support*, Newbury Park, SAGE.

Groos, R. (2001). *Psicología la ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno.

Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* , 11, 213-218

Heller, K., Swindle, R.W. y Dusenbury, L. (1986). Coments social support processes. Coments and integration. *Journal of consulting and clinical psychology*. 54 (4), pp. 466-470.

House, J.S. (1981). Work stress and social support, Reading, M.A., Addison Welsey.

Kamarck, T. W., Manuck, S. B. y Jennings, J. R. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychosocial challenges. *Psychosomatic Medicine*, 52, 42-58.

Kanner, D.A., Coyne, J.C., Schaefer, C., & Lazarus, R.S. (1981) Comparison or two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.

Kiolot, G.J., McGuire, R., & Glaser, R. (2002). Emotions morbidity, and mortality: New Perspectivas from psichoneuroinmunology. *Annual Review of Psychology* 53. 83-107.

Lazarus, R.S. (1966) *Psychological stress and coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appaisal, and coping*. Nueva York: Springer.

Lakey, B., & Heller, K. (1988). Social support from friend, perceived support and social problem solving. *American Journal of Community Psychology*, 16, 6, 811-824.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos Cognitivos*. México: Roca.

Lemkau, J., Purdy, R., & Rudisill, J. (1988). Correlatos of bournout among family practice residents. *Journal Medical Educational* , 63 (9), 682-691.

Lieberman, M.A. (1982). The effects of social support on response to stress. En L. Goldberg y S. Breznitz (Eds.) *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York. The Free Press.

Lin, N., Dean, A., & Ensel, W.M. (1981). Social support scales. A methodological note. *Schizophrenia Bulletin*, 7,1, 73-89.

Lin, N., Dean, A., & Ensel, W.M. (1984). Depression mobility and its social etiology: The role of life events and social support. *Jpurnal of Health and Social Behavior*, 25, 2, 176-188.

Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV. 1985.

Marquéz, L & Lopéz, R. (2002). *Orientación Educativa*. Nueva imagen: México.

Marty, M; Laving, G; Figueroa, M. (2005). "Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas". *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 43, (1), 25-32. Recuperado el 13 de julio 2007 en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?scriptsci_arttext&pid=S071792272005000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9227.

Martínez, A. (1982). *El estrés y la personalidad* . (Achim Troch Trads.). Herder: Barcelona. Trabajo Original Publicado en Munich 1979.

Meagher, M.D., Gregor, F., & Stewart, M. (1987). Dyadic socials support for cardiac surgery patients: A Canadian Approach. *Social Sience and Medicine*, 25(7), pp. 833-837.

Navarro, P., & Noriega, E. (2003, Enero/Febrero). *Condiciones objetivas y subjetivas del trabajo y trastornos psicofísicos*. Retrieved from doi:10.1590/S0102-311X2003000100030.

Papalia, D., & Wendkojolds, S. (2000). *Psicología*. México: Mc Graw Hill.

Richard, L. (1986). *Psychological Stress and Coping Process*. New York: Mc Graw Hill.

Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011.

Peréz, García, A.M. (1999), *Personalidad, Afrontamiento y Apoyo Social*. UNED: Madrid.

Pollock, K. (1988). On the nature of social stress: Preproduction of a modern mythology. *Social Science and Medicine*, 26 (3), pp. 381-392.

Rodríguez, O.G. (1999). Fortalecimiento de la adherencia al tratamiento. México. Porrúa.

Sabelli, H., & Sabelli, C. (1989). Biological Priority and Psychological Supremacy. *APA Journal*, 146.

Sandín, Bonifacio (2003). El Estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health*, 3, (1), 141-157.

Sánchez, Q. I., & Oliva A. (2003) Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social, Fundación Infancia y Aprendizaje*. 18 (1), 71-86.

Sarason, I.G., Sarason, B.R. & Pierce, G.R. (1990). Social Support: The Search for Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 9, 133-147.

Schawazer, R., y Leppin, A (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview, *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.

Sheffield, D. y Carrol, D. (1994). Social support and cardiovascular reactions to active laboratory stressors. *Psychology and Health*, 9, 305-316.

Sheffield, D. y Carroll, D. (1996). Task-induced cardiovascular activity and the presence of a supportive or undermining other. *Psychology and Health*, 11, 583-591.

Snyder, J. (1989). *Health psychology and behavioral medicine*.

Stewart, J.M. (1989). Social support: diverse theoretical Perspectives. *Social Science and Medicine*, 28 (12), pp. 1275-1282.

Suls, J. & Rittenhouse, J.D. (1987). Personality and physical Health: An introduction. *Journal of Personality*, 55, 155-167.

Taylor, S.E. (1986). *Health Psychology*. New York: Random House.

Taylor, R. y Shelley, E. (1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychologist*, 45 (1), pp. 40-50.

Tobón, S., Rojas, N., & Vinaccia, S. (2004). Diseño de un Modelo de Intervención Psicoterapéutica en el área de la salud a partir del enfoque procesal. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 59-65.

Thoits, P.A. (1985) <<Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities>>, en Sarason I.G. y Sarason, B.R., *Social support: Theory, research and applications*, Boston, Martinus Nijhoff.

Thoits, A.P. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(4), p.416-423.

ESTRÉS Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Valdés, M., & Flores, T. (2000). Psicobiología del estrés. Conceptos estrategias de investigación. Martínez Roca: Barcelona.

Vaux, A. (1988). Social support: theory, research and invention, Nueva York, Praeger.

Vinnacia, Stefano; Japcy, M.Q.; Fernández, F.C.; Mercy, B.; Tobón, S.; Zapata, M. (2005), Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*,15, (2), 207-221.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52,30-41. ISSN 1573-2770.

[http:// www. Psywww.com/mtsite/smpage.html](http://www.Psywww.com/mtsite/smpage.html). "How k.o. master Stress".

ANEXO 1
ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO.
(ZIMET, DAHLEM, ZIMET y FARLEY, 1988)

INSTRUCCIONES:

Estamos interesados en conocer su opinión sobre las siguientes situaciones. Lea cuidadosamente cada una de ellas.

Indique su opinión, encerrando en un círculo el número si Usted esta:

1. TOTALMENTE EN DESACUERDO
2. MEDIANAMENTE EN DESACUERDO
3. MEDIANAMENTE EN ACUERDO
4. TOTALMENTE EN ACUERDO

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Existe una persona especial quien esta cerca cuando la necesito. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Existe una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Mi familia, realmente, me ha demostrado su ayuda. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Cuando necesito apoyo y ayuda emocional la obtengo de mi familia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Existe una persona especial quien es una fuente real de Consuelo para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Mis amigos realmente me han ayudado. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Puedo contar con mis amigos cuando me equivoco | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Puedo hablar de mis problemas con mi familia. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Tengo amigos con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Existe una persona especial en mi vida a quien le interesa mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Mi familia esta dispuesta a ayudarme para tomar decisiones | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO 2
ESCALA DE ESTRÉS

EDAD:
GRUPO:

SEXO:

INSTRUCCIONES: En la siguiente tabla debes consultar los cambios significativos en tu vida y señalar en la columna correspondiente, aquellos que sean significativos, o que se apliquen en tu caso. Marca al final de la columna en blanco con una (X) cada cambio que se presenta y que hayas experimentado durante los últimos 12 meses.

La información que proporciones será utilizada únicamente con propósitos de investigación.

1. Muerte de la pareja, padre, madre o novia (o)	
2. Divorcio (propio o de los padres)	
3. Cambios de carácter propios de la adolescencia	
4. Embarazo (o haber causado embarazo)	
5. Separación marital o terminación de noviazgo	
6. Prisión	
7. Muerte de algún familiar (que no sea pareja, padre, madre o novia (a)	
8. Ruptura de compromiso matrimonial	
9. Compromiso de matrimonio	
10. Herida grave o enfermedad personal	
11. Matrimonio	
12. Entrada al siguiente nivel educativo ó al siguiente semestre.	
13. Cambio de Independencia o Responsabilidad	
14. Uso de drogas o alcohol	
15. Perder trabajo o ser expulsado de la escuela	
16. Cambio en el uso de drogas o alcohol	
17. Reconciliación con la pareja, familia o novia (o)	
18. Problemas en la escuela	
19. Problema serio de salud personal o de algún miembro de la familia	
20. Trabajar y estudiar	
21. Trabajar más de 40 horas a la semana	
22. Cambio de carrera o escuela	
23. Cambio en la frecuencia de salidas con miembros del sexo contrario	
24. Problemas de ajuste sexual (confusión en la identidad sexual)	
25. Nuevo miembro de la familia (nace un hermana (o) o algún padre vuelve a casarse).	
26. Cambio en las responsabilidades del trabajo	
27. Cambio en el estado financiero personal o familiar	
28. Muerte de un amigo cercano (que no sea miembro de la familia)	
29. Cambio en el tipo de trabajo	
30. Cambio en el número de discusiones con la pareja, padres, amigos	
31. Dormir menos de ocho horas	
32. Problemas con la familia política o familia de la novia (o)	
33. Logro sobresaliente personal (premio, etc.)	
34. La pareja o los padres comienzan a dejar de trabajar	
35. Comienzo o fin de la escuela o ciclo escolar	
36. Cambios en condiciones de vida (visitas, remodelaciones, etc.)	
37. Cambios en hábitos personales (empezar a dejar una dieta, fumar, etc.)	
38. Alergias crónicas	
39. Problemas con el jefe o con los maestros en la escuela	
40. Cambio en el horario de trabajo	
41. Cambio de residencia	
42. Cambio de escuela (no por elección propia)	
43. Periodo Premenstrual	
44. Cambio de religión	
45. Deuda personal o de la familia	
46. Cambio en la frecuencia de reuniones familiares	
47. Vacaciones escolares	
48. Vacaciones de navidad	
49. Violaciones menores a la ley	

Gracias por tu cooperación.