



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MODOS DE AFRONTAMIENTO DE UNA POBLACION DE
MEDICOS RESIDENTES DE NUEVO INGRESO A
ESPECIALIDAD Y SU CORRELACION CON LOS NIVELES DE
ANSIEDAD RASGO

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

PREZA CARREÑO GUILLERMO JAVIER



DIRECTORA DE TESIS: MTRA. LILIA JOYA LAUREANO
REVISORAS: MTRA. WENDY LARA OLGUIN
MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA
ASESORAS: MTRA. GABRIELA ROMERO GARCIA
LIC. CECILIA MONTES MEDINA

MEXICO, D.F. ABRIL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi Abuelo y mi Padre.

AGRADECIMIENTOS

A mi Mamá por ser la mujer que es, por darme la fuerza, el ejemplo y el impulso en todo momento.

A mis hermanas Yeni y Nohemí por ser un ejemplo a seguir y por los consejos dados.

A mi hermano Sayyid por su apoyo, fortaleza y tiempo.

A Di por darme todo su apoyo y amor, además de creer en mí.

A mi Tío Memo por ser un pilar para todos nosotros.

A Wendy Lara por enseñarme que ésta es la mejor elección de carrera que pude realizar.

A Alma, Eva, Chayo, Abi, Chio, Alex, Dany, Bernardo y Chucho por ser el mejor grupo de amigos que pude encontrar en la facultad y por su apoyo para terminar la carrera.

A Laura y Fere, ya que sin ellas jamás hubiera llegado a este punto.

A Lili, Sara, Amanda, Gerardo, Cristo y Cesar por siempre estar conmigo en cualquier momento.

A mi directora Lilia Joya, mis revisoras Laura Somarriba y Wendy Lara, mis asesoras Gaby Romero y Ceci Montes por el tiempo dedicado a este trabajo.

A todos aquellos que aunque no mencione sus nombres saben que siempre estuvieron presentes en este proceso y participaron de una u otra forma de él.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE

Introducción.....	6
Capítulo I: Afrontamiento.	10
1.1 Definición.....	11
1.2 Evaluación.....	12
1.2.1 Subdivisiones de la evaluación.....	12
1.3 Modos de afrontamiento.....	17
1.4 Otros planteamientos que explican el afrontamiento.....	22
Capítulo II: Ansiedad.	25
2.1 Definición.....	26
2.2 Características.....	27
2.3 Desencadenantes de la ansiedad.....	28
2.4 Procesamiento cognitivo de la ansiedad.....	30
2.5 Activación de la ansiedad.....	33
2.6 Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.....	37
2.7 Consecuencias de la ansiedad.....	40
Capítulo III: Correlación entre ansiedad y afrontamiento.	44
Capítulo IV: Metodología.	49
4.1 Planteamiento del problema.....	49
4.2 Objetivos.....	49
4.3 Hipótesis.....	50
4.4 Variables.....	51

4.5 Diseño de la investigación.....	52
4.6 Muestra.....	52
4.7 Instrumentos.....	52
4.8 Procedimiento.....	55
Capítulo V: Resultados.	57
5.1 Descripción de la muestra.....	57
5.2 Ansiedad rasgo de los médicos residentes.....	59
5.3 Modos de afrontamiento de los médicos residentes.....	59
5.4 Relación entre ansiedad rasgo y estilos de afrontamiento.....	67
Capítulo VI: Discusión y conclusiones.	71
Referencias.	79
Anexos.	85

RESUMEN

La profesión médica, así como muchas otras que representan contacto con personas, puede provocar en quienes las ejercen desgaste físico y emocional elevado, siendo esta una de las principales causas de deserción y bajo rendimiento laboral.

Dicho desgaste puede presentar diferentes formas de expresión, siendo una de las más importantes la Ansiedad.

Si bien se reconoce que la ansiedad es necesaria para la adaptación del ser humano ante las exigencias del ambiente, también se entiende que en conjunto con otros factores, puede desembocar en ansiedad patológica, distrés y depresión, entre otras.

Tomando en consideración la activación de la ansiedad, se puede diferenciar dos momentos, durante el evento (Ansiedad Estado) y la que permanece constante en el tiempo (Ansiedad Rasgo). Esta segunda, permite la predicción del comportamiento en circunstancias generales.

Por otro lado tenemos los modos de afrontamiento que son todas aquellas formas de hacer frente a las exigencias del ambiente.

El presente estudio se realizó con la intención de conocer la correlación existente entre la ansiedad rasgo y los modos de afrontamiento en médicos de nuevo

ingreso a la residencia. Para tal fin se utilizaron las pruebas Inventario de ansiedad IDARE para medir la ansiedad rasgo y el cuestionario Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman para medir esto último.

Para este estudio se utilizó a la población de médicos residentes que ingresaron a la especialidad médica del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro del ISSSTE, sin considerar el servicio de adscripción.

Los hallazgos indicaron que la muestra presenta niveles de ansiedad rasgo dentro del rango normal. Con respecto al afrontamiento, los resultados arrojaron que la población utiliza el estilo de afrontamiento dirigido al problema como parte de su repertorio conductual en mayor grado que el dirigido a la emoción.

Los anteriores resultados, permiten predecir que los médicos reaccionarán ante las exigencias del medio con conductas adaptativas utilizando modos de afrontamiento dirigido al problema y pueden ser menos propensos a presentar patologías o síndromes.

INTRODUCCIÓN

Los términos estilos y modos de afrontamiento son usados en psicología para especificar respuestas de los individuos ante procesos de estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

Para interés de la presente investigación, se abordarán los modos o estrategias de afrontamiento de los jóvenes médicos ante diversas demandas de sus experiencias más o menos cotidianas, que no solo han de conceptuarse como estresantes, aunque sí requieran del sujeto un esfuerzo ya sea cognitivo, comportamental y/o emocional.

El afrontamiento supone la adquisición de un cierto control de la situación que puede oscilar desde el dominio, hasta un somero control de solamente las emociones suscitadas por el evento estresante (Fierro, 1997 en Arjona y Guerrero, 2001).

Se entiende que los estilos y las estrategias pueden ser puestos en marcha ante otras muchas experiencias que no tienen por qué ser entendidas propiamente como estresantes, sino como aquellas formas en que el individuo hace frente a situaciones que le requieren movilización de esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, en el intento de reducir o eliminar la experiencia de estrés (Sandín, 1989. En: Buendía, 1993).

Desde la perspectiva del afrontamiento, se identifica con el "comportamiento" amplio de las personas ante la diversidad de situaciones y experiencias a las que han de enfrentarse cotidianamente, independientemente de la importancia o significación que pudieran tener objetiva o subjetivamente.

Se hablará de modos o estrategias de afrontamiento como acciones concretas y específicas puestas en marcha para enfrentarse a la situación problema.

Existen diferencias individuales implicadas en el proceso de afrontamiento, así, de forma coherente con el planteamiento de esta investigación, para Carver (1989 en Arjona y Guerrero, 2001) ciertos estilos de personalidad y factores medio ambientales predisponen a distintos modos de afrontamiento y para Houtman (1990 en Arjona y Guerrero, 2001) son rasgos de predisposición que derivan en estilos de afrontamiento estables y estos en estrategias de afrontamiento estables. Esto lleva a apoyar una cierta consistencia a lo largo del tiempo en el uso de unos modos de afrontamiento por parte de algunas personas en situaciones específicas.

En este sentido, Vicente Pelechano (1992 en Arjona y Guerrero, 2001, p.2) llama la atención sobre cómo el estudio del afrontamiento al estrés ha evolucionado hacia "el estudio de las formas de enfrentarse a los problemas... ofreciéndose a cambio el estudio de modos de afrontamiento, de habilidades de dominio de situaciones, etc."

La propuesta teórica de Pelechano, Matud y De Miguel (1993 en Arjona y Guerrero, 2001) interpreta los modos de afrontamiento como habilidades dentro de la inteligencia social, como modos no situacionales, que al menos presenten una cierta estabilidad a lo largo del tiempo y de situaciones distintas, pudiendo existir unas maneras de afrontar las situaciones de estrés y estas maneras concretas son influidas e influyen en el curso de la situación.

Entre las preocupaciones de nuestra sociedad, y sobre todo de nuestro actual sistema educativo, se halla, ocupando un lugar de destacada relevancia, el tema de la adaptación – inadaptación de los jóvenes en formación. Su prevención y detección, así como la recuperación de la inadaptación personal, social y escolar de aquellos que formarán parte importante de nuestra sociedad futura.

En sentido general, el concepto inadaptación engloba los desajustes individuales referidos a todas las áreas que tengan que ver con la familia, la escuela y la comunidad.

Tales desadaptaciones pueden generar respuestas de ansiedad en los individuos. La probabilidad de respuestas ansiosas puede considerarse como un factor de personalidad y ser una constante en cada sujeto, como lo indican Spielberger y Díaz (1975).

Siguiendo la línea que se ha expuesto en esta introducción, en la presente investigación se tratará de relacionar los modos de afrontamiento, con los niveles

de ansiedad como variables predictivas del desempeño y adaptación de los médicos en reciente incorporación a primer año de especialidad en un Hospital General del ISSSTE.

En el primer capítulo se abordará la definición de afrontamiento y tratará de explicar la teoría de Lazarus y Folkman respecto a este tópico.

El segundo capítulo dará un panorama amplio con respecto a la ansiedad, su activación y por qué puede considerarse como un rasgo de personalidad.

Dentro del tercer capítulo se incluyen investigaciones que apoyan la correlación entre afrontamiento y ansiedad rasgo

En el cuarto capítulo se describe la metodología utilizada para la realización de esta investigación.

El quinto capítulo se refiere a la descripción de los resultados obtenidos y en el sexto capítulo se plantean las conclusiones, discusión de resultados, limitaciones de la investigación y sugerencias.

CAPÍTULO I

AFRONTAMIENTO.

El afrontamiento es considerado un proceso vital para los individuos, debido a este proceso, se puede hacer frente a un sinnúmero de situaciones diversas, pudiendo elegir entre una amplia gama de estrategias o modos de afrontamiento.

El afrontamiento está íntimamente relacionado con el estrés, que de acuerdo con Flórez Lozano (1994), la profesión médica ya sea intra o extrahospitalaria, es la actividad que más estrés genera.

En el caso particular de los médicos, es importante conocer cuál es el modo de afrontamiento que utilizan, ya que de ello dependerá la conducta presentada ante un evento evaluado como estresante. Por lo anterior, se le puede dar un carácter predictivo.

Si se parte de la idea que el afrontamiento puede ser o no efectivo frente a una situación determinada, implicará que las conductas puedan ser o no igual de efectivas. Conociendo la efectividad del repertorio de las conductas de afrontamiento de los médicos, se puede predecir la adaptabilidad de dicha población ante eventos estresantes y con alto nivel ansiógeno y su probable éxito en uno u otro servicio laboral.

Por estrés se entiende al proceso de adaptación al medio que permite reaccionar ante situaciones específicas de amenaza o desafío, se divide al estrés en eutrés y distrés, donde el primero, responde ante situaciones de desafío y funge como motivador, el segundo, se presenta en situaciones evaluadas como excesivas o amenazantes. (Selye, 1976)

1.1 Definición de afrontamiento.

El afrontamiento es un proceso comprendido por la suma de varios factores, Lazarus y Folkman (1991) lo han definido como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (p. 164).

Para comprender más a fondo el significado de lo anterior, es necesaria la explicación de la evaluación cognitiva en el proceso.

Existen presiones y demandas ambientales que producen estrés en una cantidad considerable de personas aunque, existen también las diferencias individuales y de grupo en cuanto a grado y clase de respuesta, dichas diferencias marcan la vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos así como sus interpretaciones y reacciones ante los mismos (Lazarus y Folkman, 1991). Como parte del proceso de afrontamiento, se debe tomar en cuenta la evaluación ya que para sobrevivir, el individuo necesita distinguir entre situaciones favorables y situaciones peligrosas.

1.2 Evaluación.

Cuando los individuos se encuentran frente a situaciones particulares, deben decidir de qué tipo es, de tal forma que se puede percibir la situación como amenazante, desafiante o irrelevante, de ello dependerá que acciones se tomen para afrontar dicha situación. Al proceso relacionado con esta decisión, se le conoce como Evaluación.

La evaluación no es solo un tratamiento de información, sino que hace referencia a las repercusiones y consecuencias.

1.2.1 Subdivisiones de la evaluación.

Debido a la importancia que tiene la evaluación como proceso que permite iniciar el afrontamiento, Lazarus y Folkman (1991) reconocen divisiones en la evaluación cognitiva, que a su vez cuentan con subdivisiones.

Evaluación Primaria.

Es la evaluación del acontecimiento, en qué medida afecta o beneficia, la forma en cómo lo hace y cuáles son las repercusiones a corto o largo plazo.

Se distinguen tres tipos de evaluación primaria: a) Irrelevante, b) benigna-positiva y c) estresante.

Para los humanos tiene gran importancia adaptativa distinguir entre señales relevantes e irrelevantes, de modo que solamente se producirá la acción cuando tales señales representen algo deseable o necesario.

- a. La evaluación irrelevante se da cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo. El individuo no siente interés por las posibles consecuencias.
- b. Evaluación benigno-positiva. Tiene lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Generalmente generan emociones placenteras.
- c. Evaluaciones estresantes. Entre ellas se incluyen aquellas que significan daño o pérdida, amenaza y desafío. Los acontecimientos más perjudiciales son aquellos en los que hay pérdida de compromisos importantes.

Dependiendo el tipo de evaluación que realice cada persona, tendrá una reacción de afrontamiento acorde con ella. Cuando el individuo ha recibido un perjuicio (pérdida de compromisos importantes, lesiones, enfermedades incapacitantes entre otras), se considera como daño o pérdida (Lazarus y Folkman, 1991).

Particularmente en el área médica, los profesionales se enfrentan a situaciones cotidianas como una intervención quirúrgica, la manipulación de un paciente con enfermedad altamente contagiosa o mortal, encontrarse frente a un diagnóstico

médico complicado, entre otras. Todas estas situaciones atraviesan por el proceso de evaluación, dando como resultado una percepción de amenaza o desafío.

Cuando el daño o pérdida son latentes, se les considera amenaza. El papel que desempeña la amenaza, es de suma importancia ya que permite el afrontamiento anticipativo, permitiendo al individuo mayor capacidad de adaptación a su medio.

Por otro lado, se encuentra el desafío que al igual que la amenaza implica la movilización de estrategias de afrontamiento. La diferencia principal entre desafío y amenaza, es que en el primero hay una valoración de fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras tales como impaciencia, excitación y regocijo mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo, lo cual se acompaña de emociones negativas, tales como miedo, ansiedad y mal humor (Lazarus y Folkman, 1991).

El personal médico se enfrenta diariamente a situaciones de diversa índole, el éxito ante dichas situaciones, estará relacionado con la forma en cómo las evalúan. La conjunción de los eventos y las evaluaciones definirá una pauta conductual que puede analizarse con fines predictivos de comportamiento ante situaciones similares.

Evaluación secundaria.

Cuando se ha evaluado una situación como peligrosa, ya sea por amenaza o desafío, es necesario actuar sobre la situación, en este caso la evaluación debe ir

dirigida a determinar que se puede hacer, si puede hacerse algo y qué está en juego, de esta evaluación, dependerán los resultados de la confrontación (Lazarus y Folkman, 1991).

Bandura (En Lazarus y Folkman, 1991) ha explicado que el individuo da valores de seguridad a las opciones afrontativas, la primera, que él denomina expectativa de resultado, es aquella en donde el individuo atribuye que determinada conducta logrará ciertos resultados y, segunda, expectativa de eficacia, se refiere a la convicción del individuo de que es capaz de llevar a cabo con éxito tal conducta y lograr a cabo los resultados deseados.

El proceso de evaluación se encuentra en constante movimiento, es decir, que después de la primera evaluación sigue otra y después otra y así sucesivamente, a este proceso se le denomina reevaluación.

El concepto de reevaluación hace referencia a un cambio introducido en la evaluación inicial con base en la nueva información recibida del entorno y/o la información que se desprende las propias reacciones del individuo. Una reevaluación es simplemente una nueva evaluación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla (Lazarus y Folkman, 1991).

A modo de ejemplo de reevaluación, ante una intervención quirúrgica el médico puede evaluar la situación como desafiante, si el paciente muere durante dicha intervención, el médico evalúa la pérdida. En la siguiente intervención quirúrgica,

el médico evaluará la situación como amenazante (dado el resultado anterior), dependiendo del nuevo resultado, se realizará una nueva reevaluación y así sucesivamente.

Cualquier cambio en la relación entre el médico y el entorno, dará lugar a una reevaluación. Este proceso a su vez, influye en la actividad de afrontamiento posterior. Por tanto, el proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas que difieren de la evaluación en el hecho de que la siguen y la modifican (Lazarus y Folkman, 1991).

Como se mencionó, a partir de la evaluación y sus subsiguientes reevaluaciones, se determina el afrontamiento; Lazarus (en Lazarus y Folkman, 1991) presenta una división del afrontamiento en tres periodos: Anticipación, impacto y postimpacto.

1) Anticipación.

Cuando un acontecimiento no ha ocurrido aun, se evalúa la posibilidad que suceda o no, en qué momento y la naturaleza del evento; también se valora si la amenaza es manejable, hasta qué punto y de qué forma puede hacerse.

2) Impacto

Cuando el evento ha comenzado, el individuo empieza a comprobar si es igual o peor de lo que anticipaba y en qué aspectos. Encontrar diferencias no esperadas

en cuanto al control que puede ejercerse sobre el acontecimiento puede dar lugar a una nueva reevaluación de su importancia.

3) Post Impacto

Al término del evento los procesos cognitivos muchas veces persisten emergiendo todo un conjunto de nuevas consideraciones con respecto a los perjuicios y daños ocurridos.

Dependiendo de la evaluación del evento, cada individuo presenta un repertorio conductual diferente, de tal forma que nos encontramos con una gama importante de estrategias o modos de afrontamiento.

1.3 Modos de afrontamiento

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada modo, el resultado está referido al efecto que cada uno tiene. Las funciones no se definen en términos de resultados aunque cabe esperar que determinadas funciones tengan determinados resultados.

Folkman y Lazarus (1980) diferencian entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar. Se les dan los nombres de *afrontamiento dirigido al problema* al primero y *afrontamiento dirigido a la emoción* al segundo.

El afrontamiento dirigido al problema, hace referencia a las conductas importantes para definir, abordar y hacer frente a la tarea. El afrontamiento dirigido a las emociones se refiere al mantenimiento de la integridad del individuo y al control de sus sentimientos.

En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de no poder hacer algo para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio (Folkman y Lazarus, 1980).

La forma en que se afronte la situación dependerá principalmente de los recursos con que se cuente y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos. (Lazarus y Folkman, 1991).

Decir que una persona posee muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene la habilidad para usarlos ante las distintas demandas del entorno. Para Lazarus y Folkman (1991) los recursos son aquellos que el individuo muestra para afrontar el estrés, siendo éstos, factores que preceden e influyen en el afrontamiento, lo que a su vez interviene en el estrés.

No es posible catalogar todos los recursos de que disponen las personas para afrontar determinadas situaciones ya que, a cada persona y situación correspondería una larga lista de ellos, por lo anterior, Lazarus y Folkman (1980) consideran que el afrontamiento está determinado tanto por los recursos como por las coacciones que los limitan.

Los recursos más importantes a considerar son salud y energía, creencias positivas, técnicas para la resolución de problemas, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales; en los limitantes se encuentran condicionantes personales como valores y creencias interiorizadas y déficits psicológicos y, condicionantes ambientales como las empresas o instituciones que impiden los esfuerzos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1991; Florez, 1994).

Tomados en cuenta los recursos, se deben considerar las estrategias de afrontamiento, éstas son conductas que se presentan después de un evento estresante. Una estrategia usada por el afrontamiento individual pertenece a un recurso de uso prolongado o constante. Séller (1989) da como ejemplo el ejercicio físico, puede emplearse como estrategia de afrontamiento en un programa continuo de ejercicio que ayudará fácilmente a evitar el estrés. Cuando se utiliza de forma constante, se convierte en una estrategia y será más eficaz que si sólo se utiliza de vez en cuando.

Para analizar la división del afrontamiento, Folkman y Lazarus (1980) crearon el cuestionario “Modos de Afrontamiento al Estrés”, mismo que Sotelo (2000) tradujo al español y realizó la estandarización para la población mexicana.

Dicha estandarización dio como resultado una catalogación de las estrategias de afrontamiento más comunes. Estas estrategias son:

- 1) Flexibilidad de afrontamiento: Se asocia con los altos niveles del Yo, con procesos maduros, con toma de decisiones de alta calidad y con adaptabilidad.
- 2) Afrontamiento dirigido a lo positivo: Describe los esfuerzos para crear resultados positivos, enfocándose al crecimiento personal; manifestando una sensación positiva de su propio valor, una vista positiva hacia los demás y en general una sensación de optimismo.
- 3) Pensamiento mágico: Fantasías involuntarias y conscientes que realiza un sujeto para solucionar el problema sin tener una participación activa.
- 4) Distanciamiento: Evasión de todo contacto con el problema y su solución, para de esta manera reducir la angustia que provoca.
- 5) Afrontamiento dirigido al problema: Asociaciones conductuales que van dirigidas a confrontar activamente al problema y tienen efectos positivos en el bienestar de la persona.
- 6) Revaloración positiva: Esfuerzo para crear resultados positivos en su crecimiento personal teniendo una visión positiva hacia el problema.

Lazarus y Folkman (1984) propusieron que las estrategias de afrontamiento que cada sujeto decide utilizar en una situación estresante están influenciadas por los recursos de afrontamiento y de la evaluación que se haga del evento.

En los dos estilos de afrontamiento existen diferentes estrategias que pueden servir a ambas funciones (Billings y Moos, 1981). Como ejemplo se encuentra la búsqueda de apoyo social. Representa una ayuda en la cual el sujeto pretende que los otros lo apoyen dándole información práctica y emocional sobre lo que puede hacer contra el problema (Folkman y Lazarus, 1980).

Las estrategias de evitación que son menos adaptativas incluyen el escape-evitación, los esfuerzos de escape a través del pensamiento mágico, comer, beber, fumar, usar medicamentos o drogas y dormir aunque estas estrategias solo sirven como placebo.

La población en la que se realiza el presente estudio, no pertenece a los rubros patológico o de enfermedad, aun así, es importante tomar en cuenta los resultados correlacionales que se han encontrado en otro tipo de poblaciones.

Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora (2003) hallaron que la estrategia de evitación es de las menos utilizadas en pacientes con VIH, haciendo notar que esta estrategia puede presentarse cuando los pacientes no encuentran más esperanza para su estado.

En contraste con el afrontamiento de escape, está aquel en que la atención se pone en el problema; las estrategias de vigilancia son las que se dirigen al problema y la atención está centrada en los esfuerzos para prevenir o controlar la situación.

1.4 Otros planteamientos que explican el afrontamiento.

Además del planteamiento cognitivo de Lazarus y Folkman del afrontamiento como proceso, existen otros puntos de vista, siendo importante mencionarlos.

Desde la mirada de la experimentación tradicional con animales, el afrontamiento se ve influenciado por las teorías de Darwin según las cuales la supervivencia del animal depende de su habilidad para descubrir lo que es predecible y controlable en el entorno y así poder evitar, escapar o vencer a los agentes nocivos (En Lazarus y Folkman, 1991).

En el modelo animal se define frecuentemente al afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por estas. En éste modelo, se experimenta particularmente con la conducta de huida y evitación (En Lazarus y Folkman, 1991).

Miller (1980 en Buendía, 1993) dice que el afrontamiento consiste en el conjunto de respuestas conductuales aprendidas que resultan efectivas para disminuir el

grado de arousal mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva. Ursin (1980) afirma que el logro de una disminución gradual de la respuesta tanto en los experimentos con animales como en seres humanos, es lo que se conoce como afrontamiento. El animal va aprendiendo a afrontar la situación disminuyendo la tensión que le provoca mediante un reforzamiento positivo.

En el modelo psicoanalítico de la psicología del yo se define al afrontamiento como un conjunto de pensamientos, actos realistas y flexibles que solucionan los problemas, por lo tanto, reducen el estrés.

Desde éste punto de vista, se diferencia entre varios procesos utilizados por el individuo para manipular la relación individuo-entorno. Menninger (1963 en Lazarus y Folkman, 1991), Haan (1969, 1977 en Lazarus y Folkman, 1991) y Vaillant (1977 en Lazarus y Folkman, 1991) ofrecen una jerarquía en la que el afrontamiento hace referencia a los procesos más organizados o maduros del yo; a continuación vendrían las defensas, que se refieren a las formas neuróticas de adaptación, también distribuidas jerárquicamente y, por último, se encontrarían los procesos de fragmentación o fracaso del yo o, en palabras de Menninger (1963 en Lazarus y Folkman, 1991), los niveles regresivos o psicóticos de la conducta.

Con esta perspectiva se ha intentado medir el afrontamiento, sin embargo, los objetivos de medición, se han limitado por lo general a clasificar a los individuos para poder predecir la forma como afrontarían alguno o todos los acontecimientos estresantes con los que pudiera encontrarse. Esta aplicación da como resultado

considerar el afrontamiento estructuralmente, como un estilo o un rasgo más que como un proceso dinámico del yo.

El personal médico requiere en general, centrar su atención en el problema, ya que debe ver de forma objetiva los padecimientos o las circunstancias que se presenten con los pacientes, de tal forma, es deseable que utilicen modos de afrontamiento dirigidos al problema.

Conociendo la forma en que afrontan tales acontecimientos, nos dará una pauta predictiva de cómo se comportarán frente a situaciones similares.

CAPÍTULO II

ANSIEDAD.

El personal médico que labora dentro de los hospitales, se ve constantemente enfrentado a situaciones que ponen a prueba sus habilidades, conocimientos y temple. Todo lo anterior, pone al médico en una situación en la que puede presentar altos niveles de ansiedad previos a eventos de por sí estresantes, por tal motivo, es de vital importancia conocer la forma en que afronta estas situaciones.

Debido a la importancia de la ansiedad para esta investigación es adecuado definirla y explicar el proceso.

La ansiedad es un proceso emocional ligado a la anticipación de situaciones de peligro, que es su función adaptativa principal debido a que permite procesar información percibida como amenazante para que el individuo logre realizar acciones preventivas (Puchol, 2003).

Así pues, el proceso de la ansiedad selecciona qué condiciones del entorno son importantes, debido a la percepción de amenaza o desafío y las procesa de forma prioritaria. El desarrollo del proceso de ansiedad se encuentra determinado por las características individuales de quien la experimenta y esto hace que existan grandes diferencias en todos los elementos que la configuran.

Pero la ansiedad, contiene elementos estables en el tiempo, esta característica la convierte en un organizador de la personalidad, actuando como un rasgo distintivo de la misma (Spielberger y Díaz, 1975).

Puchol (2003) asigna a la ansiedad la responsabilidad de la eficacia adaptativa de la persona a su medio. Dicha adaptación, depende de la coordinación de los diferentes elementos y recursos con un objetivo afín. Tal proceso es el de ansiedad.

Pero un proceso emocional debe tener consecuencias. Las consecuencias más negativas que puede tener la ansiedad, son un amplio elenco de trastornos que no se deben tanto a un mal funcionamiento del propio proceso, sino a un afrontamiento inadecuado del mismo o a realizar su activación bajo condiciones que no son verdaderamente amenazantes (Fernández-Abascal, 2003).

2.1 Definición.

Fernández-Abascal (2003) define a la ansiedad como *“una emoción básica, ya que forma parte de la dotación emocional de todas las personas. [...] no es una emoción pura ya que no posee un sistema de condiciones desencadenantes propio, específico y distintivo; tampoco tiene un procesamiento cognitivo propio y exclusivo; no tiene una experiencia subjetiva característica; carece de una comunicación no verbal distintiva; su forma de afrontamiento no es privativa; y, tampoco, su activación fisiológica es singular.”* (p. 280).

La ansiedad es el estado psicológico persistente y recurrente surgido de un conflicto interior; vivido como un estrés, experimentando sentimientos vagos de inquietud o pensamiento de estar a filo de la existencia, sentimientos de miedo, furia, irritabilidad, desasosiego, depresión entre otros sentimientos difusos y desconocidos (Jersild, 1978 en Becerra, 2008).

El trastorno de ansiedad se caracteriza por preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa durante un periodo superior a seis meses y que se centra en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. (DSM-IV 2003)

Spielberger y Díaz (1975 cit. en Spielberger, Martínez-Urrutia, González-Reigosa, Natalicio y Díaz-Guerrero, 1975), mencionan que la ansiedad se conceptualiza como “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.” (p. 1).

2.2 Características.

La ansiedad es un proceso que se produce en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la capacidad de adaptación. Así pues, tiene la importante función de movilizar recursos frente a situaciones de

posible amenaza o preocupantes, de tal manera que se realice todo lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

Permite también prever anticipadamente - basado en la experiencia - indicios de peligro, de tal manera que se puedan movilizar recursos para eliminar la contingencia antes de su aparición. Para lograr esto, se requiere que la evaluación de la situación sea precisa.

Dicho procesamiento logra la transición de una reacción afectiva a los actos intencionales. Estos actos intencionales se producen en función de las consecuencias que se prevean, aunque al final estas no se produzcan, en parte, como consecuencia de la eficacia de la anticipación. Así, la anticipación ejerce un importante papel en la solución de problemas, o en su mantenimiento, y es decisiva en la ansiedad, donde la anticipación juega un papel crucial (Fernández-Abascal, 2003).

2.3 Desencadenantes de la ansiedad.

Para Fernández-Abascal (2003), los desencadenantes de la ansiedad no son situaciones que puedan dañar directamente a la persona, sino que en su mayoría son reacciones aprendidas y anticipadas de amenaza. El tipo de estímulos tanto internos como externos, que son capaces de evocar las respuestas de ansiedad, están en gran parte determinados por características de la historia personal. En general se puede hacer referencia a que las situaciones son solo potencialmente

ansiógenas, porque no siempre producen reacciones de ansiedad, esto es debido a que lo que genera la ansiedad, es la interpretación que hace cada persona.

Las expectativas de peligro son las que median las respuestas de ansiedad, así ciertas condiciones actúan como señales anticipadoras. Las expectativas de peligro pueden generarse a partir de tres procesos de aprendizaje distintos: por medio de condicionamiento clásico, por medio de aprendizaje observacional y mediante la transmisión de información que contribuya a la aparición de expectativas de peligro; son los “tres caminos hacia el miedo” de Rachman (1977).

Endler y Kocovski (2001) proponen cuatro tipos de situaciones genéricas, que típicamente pueden producir ansiedad; las que implican una evaluación social, las que implican una amenaza con peligro físico, las que implican situaciones ambiguas y las rutinas diarias.

Arrindell, Pickersgill, Merckelbach, Ardon y Cornet (1991) han propuesto cuatro bloques de temáticas sobre las causas que producen ansiedad:

El primer bloque indica temor a situaciones o acontecimientos interpersonales. Incluye el temor a la crítica, interacción social, rechazo, conflictos y la evaluación. El segundo bloque: se relaciona con temor a la muerte, las lesiones, la enfermedad, la sangre y los procedimientos quirúrgicos así como otras amenazas a la salud física y mental propia. Un tercer bloque: determina el temor a los

animales que no representan en ningún caso un peligro real. Por último, proponen el cuarto bloque relacionado con temores agorafóbicos.

Los cuatro bloques coinciden con las temáticas en torno a las cuales se desarrollan los trastornos por ansiedad patológica.

En el caso de la ansiedad patológica, el solo recuerdo de situaciones desagradables, imaginar situaciones amenazantes son desencadenantes típicos de reacciones fisiológicas, que se han convertido en no funcionales o patológicas dada la inexistencia real de una amenaza frente a la que la respuesta de ansiedad pretende defendernos.

2.4 Procesamiento cognitivo de la ansiedad.

El procesamiento cognitivo de la ansiedad se inicia habitualmente ante la detección de situaciones que se presentan o tienen su aparición lentamente y que, por lo tanto, son situaciones que pueden ser previstas con antelación. Estas situaciones se evalúan como muy importantes para el bienestar tanto físico como psíquico de la persona (Fernández-Abascal, 2003).

Para desarrollar el procesamiento cognitivo, deben utilizarse sesgos en el procesamiento de la información, que se dividen de la siguiente manera:

- Selección atencional de la información de peligro. (Sesgo en la atención)

- La selección en el acceso a la memoria de la información amenazante. (Sesgo en la memoria)
- La interpretación sesgada de la información ambigua. (Sesgo en la interpretación)

Sesgos en la atención.

El sesgo de la atención en la ansiedad, consiste en focalizar la atención preferente hacia estímulos indicadores de peligro o amenaza potencial, en comparación a los estímulos que se presentan emocionalmente neutros, particularmente cuando unos y otros se encuentran a la vez de modo concurrente (Mathews y MacLeod, 2002).

Cuando la persona ha detectado los estímulos que ha valorado como más amenazantes y responsables de activar el proceso de ansiedad, focalizará la atención en estos estímulos y, a partir de este momento, el sesgo selectivo atencional centrado en la amenaza impedirá que pueda fijar su atención en cualquier otro aspecto del entorno (Eysenck, 1992).

Sesgos en la memoria.

El procesamiento de la ansiedad, implica también el acceso masivo a la información amenazadora memorizada. Para verificar si una condición es peligrosa o no, es preciso compararla con experiencias previas en situaciones equivalentes. Para lograr esto, es necesario que se produzca un sesgo en la

memoria o memoria preferencial, que recupera la información con significación amenazante. (Eysenck, 1992)

Sesgos en la interpretación.

En la ansiedad también funcionan los sesgos en la interpretación y en los juicios, que parten de una valoración amenazadora del ambiente. A menudo los estímulos y las situaciones son ambiguos, con varios significados posibles. Dicha ambigüedad implica a veces que un mismo estímulo pueda ser interpretado como indicador de peligro o no. El sesgo interpretativo consiste en procesar estos estímulos ambiguos dando preferencia al significado de peligro sobre el neutro.

En el sesgo interpretativo se ubica la preocupación, para Tallis, Eysenck y Mathews (1992), cumple con tres funciones críticas en el procesamiento de la ansiedad.

1. Función de alarma, que es capaz de alertar al sistema emocional sobre la aparición de estímulos potencialmente amenazantes.
2. Función de impronta, ya que es la responsable de la aparición de pensamientos e imágenes amenazantes en la conciencia.
3. Función de preparación, anticipando las consecuencias que tendrían determinadas líneas de afrontamiento sobre los acontecimientos futuros y reduciendo de este modo la ansiedad, por un proceso de habituación.

2.5 Activación de la ansiedad.

La angustia es conocida como la experiencia subjetiva de la ansiedad. Pero debido a que es una respuesta emocional muy rica en contenidos y con amplias diferencias individuales, se puede encontrar una extensa gama de efectos experienciales tales como preocupación, inseguridad, aprehensión, tensión, temor, nerviosismo, malestar, pensamientos negativos, anticipación de peligro, amenaza, dificultad de concentración, dificultad para la toma de decisiones, sensación general de desorganización, sensación de pérdida de control sobre el ambiente e incluso pueden llegar a sentimientos de pavor o pánico.

La preocupación es un elemento trascendente en el proceso de ansiedad e interviene de tres formas distintas; en el proceso, como parte del sesgo interpretativo; en el afrontamiento, como un elemento motivador del mismo; en la reacción, como interferencia a nivel cognitivo y formando parte de los propios efectos subjetivos de la ansiedad.

Como efecto en el procesamiento, se pueden producir dificultades para el mantenimiento de la atención y la concentración fuera de la temática ansiosa, junto con pensamientos de tipo intrusivo.

Dentro de los efectos subjetivos, tiene especial relevancia la activación de los cambios relacionados que se producen en la activación fisiológica. Así, pueden sentirse palpitaciones, taquicardias, accesos de calor y otros efectos debidos a las

respuestas del sistema cardiovascular; náuseas, vómitos, molestias digestivas y otros efectos de la activación del sistema gastrointestinal; sensaciones de ahogo, sofocos, opresión torácica, y efectos derivados del sistema respiratorio; tensión, temblores, hormigueo, fatiga excesiva, sequedad de boca, transpiración excesiva, mareos y otras manifestaciones del sistema neurovegetativo.

La combinación de preocupación y tensión somática, que resulta diagnóstica del trastorno de ansiedad, se presta para esbozar las contribuciones tanto biológicas como psicosociales.

Factores biológicos:

a. Genética:

Se ha identificado que el trastorno de ansiedad generalizada puede tener una base genética. Skre y cols. (1993, en Brouette y Goddard, 2001), propusieron que los genes que intervienen en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo podrían estar ligados. No está claro si esta relación puede atribuirse a expresiones diferentes de un mismo gen anómalo o a dos genes anómalos situados en el mismo cromosoma. No obstante, se ha comprobado que un alto porcentaje de los pacientes sufre un trastorno asociado del estado de ánimo.

Los factores genéticos pueden contribuir de manera significativa a la patogenia de la ansiedad; sin embargo no es el único factor que contribuye a la aparición de esta problemática.

b. Factores neuroquímicos:

Noradrenalina:

El trastorno de ansiedad se ha asociado con un aumento de la noradrenalina, la regulación a la baja de los receptores alfa-adrenérgicos postsinápticos es compatible con una hiperactivación del sistema noradrenalínico.

Serotonina:

Las situaciones potencialmente amenazadoras elevan los niveles de serotonina sináptica y las regiones corticales y límbicas posiblemente se sirvan de este estímulo para evaluar y reaccionar ante la situación. La elevación de los metabolitos serotoninérgicos sugiere un modelo de hiperactivación serotoninérgica.

El ácido aminobutírico (GABA) y la colecistocinina son otros neurotransmisores que parecen estar implicados en la etiología del trastorno de ansiedad.

Función endócrina:

Los componentes múltiples del sistema endócrino modulan el metabolismo corporal. La capacidad de respuesta al estrés y restablecer la homeostasis en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal puede tener relación con los trastornos de ansiedad.

Berntson, Cacioppo y Sarter (2003, en Fernández-Abascal, 2003), proponen un modelo denominado arriba – abajo, abajo – arriba; dicho modelo indica que las aferencias sensoriales son recibidas por el tálamo, de ahí conducidas a la amígdala, dando como resultado las activaciones propias de la ansiedad.

Todos estos cambios se producen con baja intensidad pero con elevada duración temporal, es decir, en la respuesta de la ansiedad se tarda más en regresar a los niveles que existían previamente al iniciarse la respuesta y, además, se habitúan más lentamente.

Factores psicosociales:

Los procesos internos, la experiencia y los medios de afrontamiento intervienen en el curso de ansiedad.

Rosenbaum y cols. (1993, en Stein y Hollander, 2001) mencionan que la inhibición conductual durante la infancia puede incrementar el riesgo para presentar un trastorno de ansiedad en la vida adulta. Esta inhibición está caracterizada por la tendencia a la retracción y timidez frente a situaciones nuevas. Los niños con inhibición conductual presentan tasas más elevadas de trastornos de ansiedad en la infancia y la inhibición puede predecir futuros trastornos de ansiedad.

Spielberger (1985) propone una teoría sobre el trastorno de ansiedad, en la cual menciona que la ansiedad no es un trastorno, sino una constelación de rasgos de

personalidad desadaptativos. El rasgo de ansiedad puede definirse como una disposición bastante estable para responder con un estado de ansiedad a una amplia gama de situaciones.

La terapia cognitivo-conductual, propone que los pacientes con trastorno de ansiedad han elaborado un conjunto de pensamientos automáticos catastróficos que se autoreforzan e impiden a la persona aproximarse a las situaciones novedosas sin sufrir una turbación enorme. El paciente entra en una cascada de ideas irracionales y va teniendo cada vez más problemas para afrontar las preocupaciones sobre su futuro. El paciente con ansiedad sobrevalora la probabilidad o la intensidad de los acontecimientos que le aterran y esta sobrevaloración mantiene el trastorno. El paciente con ansiedad está pendiente en exceso de los estímulos potencialmente amenazadores y esta atención sesgada propaga la sensación de peligro. Los pacientes adoptan conductas de evitación o de escape que les impiden descubrir las pruebas que contradecirían estas predicciones pesimistas; por eso el paciente sigue sosteniendo estas creencias (Vallejo y Gastó, 1990).

2.6 Ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Existe una diferencia ya estudiada (Fernández-Abascal, 2003) entre estado y rasgo de ansiedad. Siendo el estado el proceso o reacción de ansiedad, y el rasgo una tendencia mantenida en el tiempo, por lo tanto puede interpretarse como una característica de personalidad (Endler y Kocovski, 2001).

Las teorías de los rasgos de Spielberger (1985) concibe la ansiedad como una disposición interna, o tendencia a reaccionar de forma ansiosa con una cierta independencia de la situación en que se encuentra la persona. Para Spielberger el estado de ansiedad es como una emoción transitoria caracterizada por la activación fisiológica (principalmente del sistema nervioso autónomo) y sentimientos de aprehensión, temor y tensión; mientras que la ansiedad de rasgo es una predisposición de la persona para responder. Así, *“el rasgo de ansiedad se entiende como una característica de personalidad o tendencia a reaccionar de forma ansiosa, con independencia de la situación.”* (Spielberger, 1985, p. 172).

Endler (1997) plantea que tanto la ansiedad rasgo como la de estado son multidimensionales, es decir, compuestas de diferentes elementos. Al mismo tiempo, estas dimensiones actúan dentro de un marco interactivo, en el que no solo las características de la persona, ni de las situaciones por si solas son las responsables de producir la respuesta de ansiedad, sino que la conjunción de ambas es lo que da la peculiaridad de la respuesta. Es decir, para que se produzca un aumento en el estado de ansiedad de una persona, la situación amenazadora debe ser congruente con la faceta del rasgo de ansiedad correspondiente, condición imprescindible de esa interacción.

Por lo tanto, son los factores cognitivos y motivacionales que predisponen a la persona a hacer interpretaciones amenazantes acerca de la situación (componentes del rasgo), unidos al significado que tienen ciertas características

ambientales que se producen al momento (componente de la situación), los que determinan la reacción ansiosa (estado de ansiedad).

La ansiedad rasgo puede ser considerada como una ansiedad futura que se basa en la ansiedad del pasado, ya que es la que determina la predisposición cognitiva a interpretar ciertas situaciones como amenazantes, independientemente del peligro real (Spielberger, 1985).

El sistema cognitivo de las personas debe ser capaz de detectar la importancia de las demandas externas y el valor afectivo que tienen para ellas, esto servirá para regular la obtención, organización y el empleo de conocimientos significativos a lo largo de toda la vida. De tal manera que la propia estructura de la persona se irá creando como consecuencia de estos procesos, y dará lugar a contenidos estables en el tiempo y con relativa independencia de las condiciones donde se encuentra la persona. Es decir, características asignadas a la personalidad y precisamente quien se encarga de organizar, canalizar y coordinar es la ansiedad (Fernández-Abascal, 2003).

Dadas las características del proceso de ansiedad, se producen importantes diferencias individuales que hacen que ciertas personas desarrollen una mayor sensibilidad o tendencia a movilizar este proceso frente a otras, incluso que el proceso llegue a ser disfuncional y producir trastornos de ansiedad. Los factores que potencian este efecto de vulnerabilidad son de diversa índole, como por ejemplo, características de personalidad, esquemas mentales, condiciones

ambientales, predisposiciones genéticas o haber sufrido experiencias estresantes (Fernández-Abascal, 2003; Rosenbaum y cols. 1993, cit. en Stein y Hollander, 2001; Skre y cols. 1993, cit. en Brouette y Goddard, 2001).

2.7 Consecuencias de la ansiedad.

Al ser la ansiedad un proceso importante para la adaptación personal, también tiene importantes consecuencias. En este rubro se encuentran las implicaciones en la organización general del comportamiento, como un factor o rasgo de personalidad.

El individuo puede empezar por presentar pérdida del apetito, mostrarse renuente a la actividad y a salir de casa, escaso apetito sexual o cambios bruscos de humor y pronto puede verse inmerso en una depresión como consecuencia última de no haber tratado su estrés y ansiedad a tiempo (Fernández-Abascal, 2003; Puchol, 2003).

Lo anterior puede desarrollar tal desorden en la estructura cognitiva que desemboque en alguno de los trastornos de ansiedad (Puchol, 2003).

Ansiedad patológica.

Hoy día existen dos manuales para apoyo del diagnóstico psiquiátrico, por un lado el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) con la cuarta edición revisada en 2002 es la clasificación oficial de la American Psychiatric Association (APA) y por otro, la International Classification of Diseases (CIE) en su décima edición, clasificación tomada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En ambas clasificaciones, se considera a la ansiedad a nivel patológico. Existen algunas diferencias en la catalogación entre ambos manuales, esto es debido a que el DSM IV ha sido realizado en E.U.A., utilizando los criterios diagnósticos de esta nación únicamente; el CIE 10, es un intento de construir un manual global, por lo cual se requiere el consenso de más naciones, cabe mencionar que los criterios de esta edición están basados en los criterios diagnósticos del DSM III.

De forma conjunta, en todos los trastornos de ansiedad se presenta un efecto principal de tipo cognitivo, que es debido a un sesgo selectivo sobre los estímulos amenazantes; una fuerte activación fisiológica y un efecto de incontrolabilidad, debido al fracaso del afrontamiento para controlar las informaciones amenazantes y/o la activación fisiológica (Fernández-Abascal, 2003).

Desde una perspectiva evolucionista, no es la respuesta de ansiedad en sí misma la que actúa disfuncional y desadaptativamente, sino que el problema puede

radicar en que la ansiedad es activada en un contexto disfuncional, como es el caso de los trastornos fóbicos (Öhman, 2000, en Fernández-Abascal, 2003), o puede que lo que la haga disfuncional es que tenga un umbral de disparo más bajo del adecuado por el estilo de afrontamiento inadecuado, como ocurre en los trastornos de pánico (Klein, 1993; Nesse, 1987).

Debido a las características de este estudio, únicamente se enlistaran las clasificaciones de ambos compendios.

DSM IV	CIE 10
Crisis de angustia (Panic attack)	F40. Trastornos de ansiedad fóbica.
Agorafobia	F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
Trastorno de angustia sin agorafobia	F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia.
Trastorno de angustia con agorafobia	F40.1 Fobia social.
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	F40.2 Fobia específica.
Fobia específica	F41. Otros trastornos de ansiedad.
Fobia social	F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia.
Trastorno obsesivo compulsivo	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

Trastorno por estrés postraumático	F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado.
Trastorno por estrés agudo	F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo.
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad medica	F43. Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	F43.0 Trastorno por estrés agudo.
Trastorno de ansiedad no especificado	F43.1 Trastorno por estrés postraumático.
Trastorno de ansiedad por separación	F43.22 Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.
Trastorno por aversión al sexo	F43.28 Trastorno adaptativo con ansiedad.

CAPITULO III

CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO.

En este capítulo se abordarán trabajos realizados que muestran la correlación existente entre ansiedad y afrontamiento.

La relación entre la ansiedad y los modos de afrontamiento ha sido investigada con anterioridad en diversos ambientes y profesiones pero poco se cuenta del trabajo con médicos en este rubro.

La mayoría de las investigaciones realizadas con personal médico relacionadas con el tema de la ansiedad, arroja datos como los siguientes: en hospitales del sector público en México, se ha encontrado que los niveles de ansiedad y estrés son elevados en los servicios de atención crítica (Betancourt, Rodríguez, Valecillo, Sánchez, 2008.), también, que los factores externos como la sobrecarga de trabajo, ambiente físico degradado, exceso de responsabilidad, falta de incentivos, burocracia organizativa, las evaluaciones, la competencia grupal, las exigencias de médicos adscritos y compañeros de mayor jerarquía (Arenas, 2006.), en un tercer estudio, se encontró que la falta de realización del personal tiene relación con la elevación de la ansiedad desembocando en síndrome de burnout (Loria y Guzmán, 2006.).

En la ciudad de Heredia en Chile, Arias (1998) llevó a cabo una investigación que arrojó como resultado que casi la mitad de los residentes médicos tienen dificultades en el aspecto emocional del estrés, hecho que afecta negativamente la relación médico - paciente y su rendimiento. Este hecho tiene como base un afrontamiento inadecuado ante situaciones estresantes y altamente ansiógenas.

En Argentina, Popp (2008) desarrolló un estudio donde se encontró que las enfermeras que presentaron niveles inferiores de burnout utilizaron estrategias de afrontamiento, tales como: el análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias y posibles soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema y el desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas en otro tipo de fuentes de satisfacción, por ejemplo relaciones sociales, actividades y desarrollo personal. Éste estudio demuestra la correlación existente entre el manejo de modos de afrontamiento dirigido al problema y la disminución de la ansiedad y el estrés.

Algunos otros estudios realizados con profesionales de la salud han arrojado resultados relevantes con respecto a la ansiedad, Betancourt, Rodríguez, Vallecillo y Sánchez (2008), obtuvieron como resultado que un porcentaje elevado de médicos residentes mostraban síntomas de ansiedad, así mismo, Aguilar-López, Rovelo-Bustillo, Padgett y Reyes-Ticas (2001), encontraron que al presentar criterios diagnósticos de ansiedad generalizada, los médicos residentes tienden a abusar del tabaco o el alcohol, dando con esto un indicativo del uso de estrategias de afrontamiento de evitación.

En médicos residentes de un hospital militar venezolano, se encontró que el uso de modos de afrontamiento dirigidos a la emoción, es decir de menor grado adaptativo, se relaciona con la aparición del síndrome de burnout. (Blandin y Martínez, 2005).

En 1973 Pérez (en Cantú-Garza, 1973) trabajó con una población de médicos marinos mexicanos, en su mayoría de sexo masculino en el aspecto de relaciones interpersonales, relaciones laborales y relaciones médico paciente, obteniendo que en todos los rubros los médicos reaccionaban con fantasías y agresión ante los conflictos en estas áreas. Esto supone que dicha muestra respondía en un esquema de distanciamiento del problema.

En los resultados de las anteriores investigaciones, puede vislumbrarse como el uso de modos de afrontamiento dirigidos a la emoción se correlaciona directamente con la aparición de síntomas de ansiedad en el personal médico.

Sanzovo y Coelho (2007) trabajaron con una población de psicólogos clínicos, encontrado como resultado, que el uso de modos de afrontamiento puede estar relacionado con la evaluación que dichos profesionales realizan de las situaciones encontradas en el ejercicio de su profesión. Estos autores mencionan también que los conocimientos y las habilidades adquiridas pueden colaborar con la forma en cómo se evalúan dichas situaciones.

Se han realizado estudios de la correlación entre ansiedad y afrontamiento, generalmente en poblaciones que presentan algún grado de enfermedad (Valderrama, Carbellido y Domínguez-Trejo, 1995). Obteniendo resultados relevantes.

En una investigación realizada con pacientes con cáncer cervicouterino, Valderrama, Carbellido y Domínguez-Trejo (1995), encontraron que dichas pacientes presentan altos índices de preocupación y fallas en la concentración, esto asociado con estilos de afrontamiento no orientados en una sola dimensión. Ante la enfermedad, hacen uso de una amplia gama de esfuerzos cognoscitivos y conductuales para controlar el problema y sus consecuencias emocionales.

Los estudios citados anteriormente, se relacionan con el presente trabajo ya que aportan datos importantes sobre las variables a observar, que si bien no se encuentran en la correlación que se plantea en la presente investigación, si permiten contar con resultados anteriormente analizados de cada una por separado.

En el presente estudio se busca un análisis de los modos de afrontamiento y su correlación con la ansiedad en médicos residentes de primer año, que habiendo experimentado ya el internado y la clínica (que es el primer acercamiento con la realidad en el ejercicio de su profesión), al ingresar a residencia de especialidad, significa que en algún momento estarán al frente de alguna intervención y deberán tomar decisiones que representarán establecer el diagnóstico de un paciente, el

tratamiento adecuado para su enfermedad y en múltiples ocasiones la situación que determina si un paciente vive o muere.

Además de la toma de decisiones, que por sí misma puede considerarse como un factor estresante, se suman el distanciamiento que ocurre con respecto a la familia, amistades y pareja. Así como las características del servicio al que se encuentra adscrito.

Todo lo anterior, pone al médico en una situación en la que puede presentar altos niveles de ansiedad previos a eventos de por sí estresantes, por tal motivo, es de vital importancia conocer la forma en que afronta tales situaciones.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Planteamiento del problema.

Debido a que la profesión de médico es una de las que más estrés genera, es de vital importancia conocer los modos de afrontamiento de dicha población, ya que con ello se puede predecir la forma en cómo actuarán frente a situaciones particulares. A lo anterior sumamos la ansiedad como rasgo de personalidad que puede influir en la toma de decisiones adecuadas. En conjunto, pueden dar como resultado conductas adaptativas o no ante situaciones estresantes que se presentan en el continuum del ejercicio de la profesión.

¿Cuáles son los modos de afrontamiento de una población de médicos residentes de nuevo ingreso a especialidad y su correlación con los niveles de ansiedad rasgo?

4.2 Objetivos.

- ✓ Investigar si existe correlación entre ansiedad rasgo y modos de afrontamiento en médicos residentes de primer año en el H. G. Dr. Darío Fernández Fierro del ISSSTE.

- ✓ Medir el nivel de ansiedad en médicos residentes de primer año en el H. G. Dr. Darío Fernández Fierro del ISSSTE.
- ✓ Describir cuáles son los modos de afrontamiento utilizados por los médicos residentes de primer año en el H. G. Dr. Darío Fernández Fierro del ISSSTE.

4.3 Hipótesis.

Hipótesis Conceptual.

Existe correlación significativa entre la ansiedad rasgo (característica de personalidad) y los modos de afrontamiento (esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes) en médicos residentes de primer año en el H. G. Dr. Darío Fernández Fierro del ISSSTE.

Hipótesis de Trabajo.

- Existe correlación entre los puntajes de los tests IDARE (Ansiedad Rasgo) y Cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés (versión estandarizada por Sotelo para México, 2000).

4.4 Variables.

Variables conceptuales.

Ansiedad Rasgo.

Se conoce de esta forma a la ansiedad mantenida en el tiempo y, por lo tanto, se considera como una característica de personalidad. (Endler y Kocovski, 2001). Así pues, *“el rasgo de ansiedad se entiende como una característica de personalidad o tendencia a reaccionar de forma ansiosa, con independencia de la situación.”* (Spielberger, 1985, p. 172).

Modos de afrontamiento.

Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991).

Variables de trabajo.

Ansiedad Rasgo: Puntajes obtenidos de la escala Ansiedad Rasgo del Test IDARE.

Modos de Afrontamiento: Puntajes obtenidos del Cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés (versión revisada en castellano) de Lazarus y Folkman.

4.5 Diseño de investigación.

Se trata de un diseño ex post-facto, transeccional correlacional ya que no se introduce ninguna variable experimental.

4.6 Muestra.

Se trata de una muestra no probabilística obtenida del total del personal de nuevo ingreso a la Residencia Médica en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. (ISSSTE)

La muestra está compuesta por 27 médicos de nuevo ingreso a la residencia sin tomar en cuenta especialización o servicio de adscripción. Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron incluidos en la batería de pruebas aplicada para selección del personal de nuevo ingreso.

4.7 Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizarán en la realización de la presente investigación son Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y Cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés (versión estandarizada para México por Sotelo, 2000) de Lazarus y Folkman.

Descripción de los instrumentos.

a) IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado.

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. La llamada Ansiedad Rasgo (A-Rasgo) y 2. La llamada Ansiedad Estado (A-Estado).

Debido al diseño de la presente investigación se utilizará únicamente la escala A-Rasgo del inventario IDARE por considerar que dicho rasgo es determinante para el inicio de respuestas con bajo nivel adaptativo.

Dicha escala consiste en veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente.

Existen cuatro opciones de respuesta 1 (Casi Nunca), 2 (Algunas veces), 3 (Frecuentemente), 4 (Casi Siempre) lo cual indica la frecuencia con la cual experimentan estos sentimientos. La dispersión de posibles puntuaciones varía desde un puntaje mínimo de 20, hasta una puntuación máxima de 80. La prueba ha sido traducida y estandarizada para la población mexicana (Spielberger, Martínez-Urrutia, González-Reigosa, Natalicio y Díaz-Guerrero, 1975) por lo que los resultados son válidos y confiables.

- b) Cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés (versión estandarizada para México por Sotelo, 2000) de Lazarus y Folkman.

El Inventario de Modos de Afrontamiento al Estrés es una adaptación del cuestionario Modos de Afrontamiento (revisado) de Lazarus y Folkman, estandarizado para la población mexicana por Sotelo Arias en la Facultad de Psicología de la UNAM en el año 2000, obteniendo resultados válidos y confiables para el uso del cuestionario en la población mexicana.

Consta de sesenta y seis afirmaciones en las que se pide a los sujetos indiquen como actúan cuando tienen un problema. Las opciones de respuesta son 0 (No, de ninguna manera), 1 (En alguna medida), 2 (Generalmente, usualmente), 3 (Siempre, en gran medida).

El cuestionario permite clasificar al afrontamiento en seis dimensiones.

1. Flexibilidad de afrontamiento.
2. Afrontamiento dirigido a lo positivo.
3. Pensamiento mágico.
4. Distanciamiento.
5. Afrontamiento dirigido al problema.
6. Revaloración positiva.

Donde la flexibilidad de afrontamiento, afrontamiento dirigido al problema y revaloración positiva corresponden al estilo de afrontamiento dirigido al problema.

Por otra parte, el afrontamiento dirigido a lo positivo, pensamiento mágico y distanciamiento pertenecen al estilo de afrontamiento dirigido a la emoción.

4.8 Procedimiento.

Para la presente investigación se realizaron los trámites administrativos necesarios para solicitar a las autoridades del hospital las facilidades para la aplicación de dichos instrumentos, obteniendo autorización para tal fin por parte de la Jefatura de enseñanza.

Se llevó a cabo la aplicación de los tests IDARE y Modos de afrontamiento al estrés (versión estandarizada para México, 2000) de Lazarus y Folkman como parte de una batería de pruebas aplicada en la selección del personal médico de nuevo ingreso a residencia médica. No se pidió abiertamente la colaboración de los participantes debido a la inclusión de los tests en la batería aplicada como parte del proceso de selección de personal.

Los tests arriba mencionados se aplicaron en un aula de acceso restringido, sin distractores separando a los participantes en dos grupos, citados en diferentes días cada uno. Por motivos institucionales, también se realizaron aplicaciones individuales ya que tales sujetos no estuvieron presentes en las aplicaciones grupales.

Los participantes firmaron una carta de consentimiento informado en la cual se les hacía notar que los resultados obtenidos podían ser utilizados para investigación.

Los resultados de dichas pruebas se entregaron como parte de la evaluación psicométrica de primer ingreso a la Jefatura de Enseñanza del hospital, para formar parte del expediente de los candidatos.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados, en primer lugar la descripción de la muestra estudiada y posteriormente las pruebas de hipótesis.

5.1. Descripción de la muestra

La muestra se integró por 27 médicos de primer ingreso a la residencia de especialidad médica del Hospital General Dr. Darío Fernández del ISSSTE; sin tomar en cuenta especialización o servicio de adscripción.

De los 27 participantes 11(41%) son de sexo masculino, mientras las 16 restantes (59%) son de sexo femenino. Esto puede verse en la figura 1.

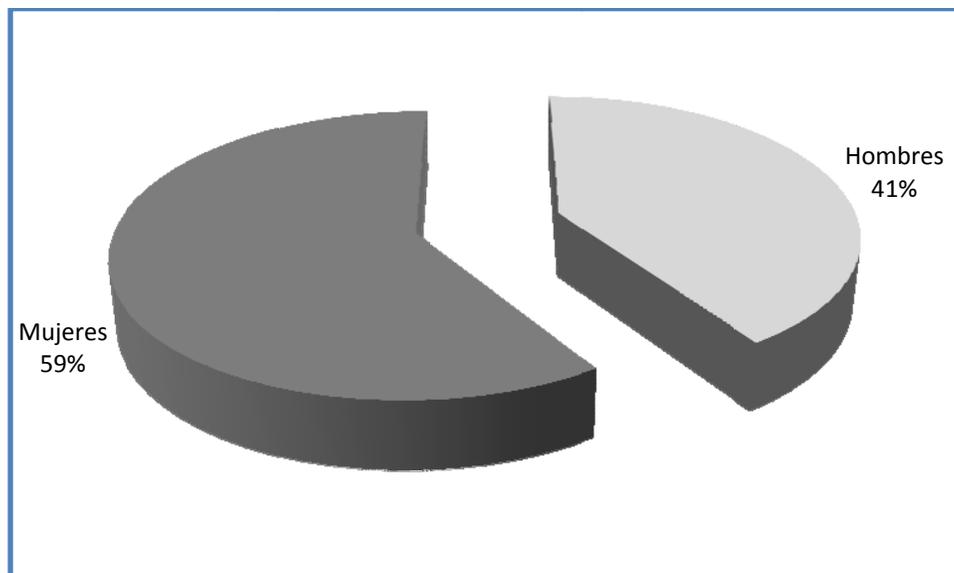


Figura 1. Distribución de la muestra por sexo.

Con respecto a la edad, en mujeres se distribuye de 23 a 29 años mientras que en los hombres va de 24 a 28 años.

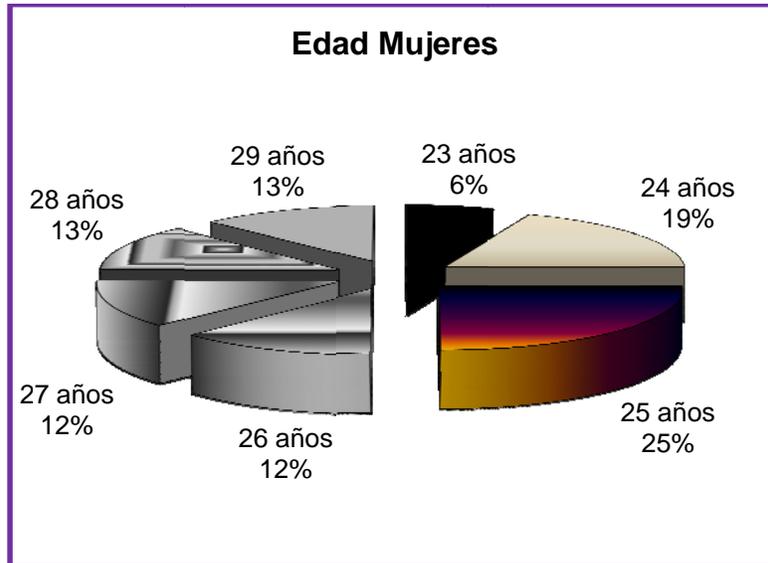


Figura 2. Distribución de edad en mujeres.

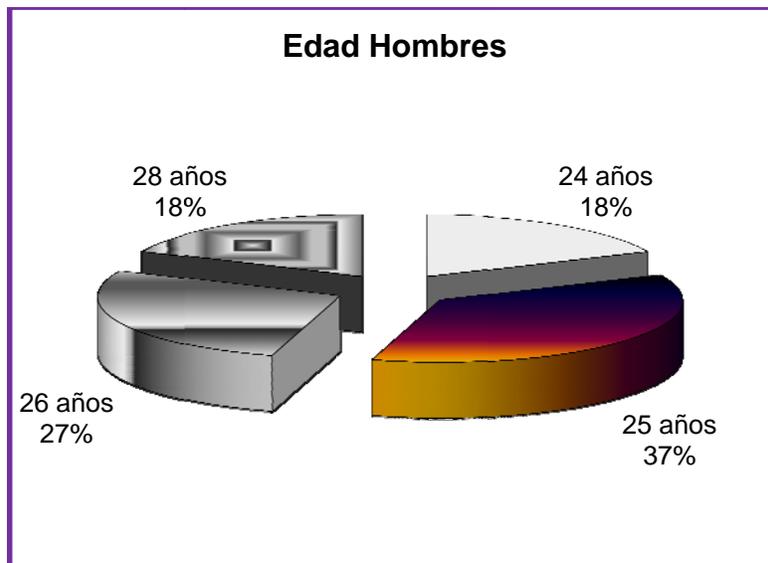


Figura 3. Distribución de edad en hombres.

En relación con el estado civil, de los 27 integrantes de la muestra solo 1 es casado y los 26 restantes son solteros.

Estadística descriptiva

5.2. Ansiedad rasgo de los médicos residentes.

Uno de los objetivos planteados fue medir el nivel de ansiedad en la población meta. La población de médicos residentes se distribuyó de forma homogénea dentro de esta variable, encontrando que el 100% se ubicó en el rango bajo de la prueba IDARE con puntuaciones entre 20 y 29.

5.3. Modos de afrontamiento de los médicos residentes

Otro objetivo del presente trabajo fue describir los modos de afrontamiento de los médicos residentes de primer año en el H. G. Dr. Darío Fernández Fierro del ISSSTE. Para ello se analizó mediante estadísticas descriptivas los resultados obtenidos en el Cuestionario Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Dicho instrumento proporciona información del afrontamiento en seis dimensiones — Flexibilidad de afrontamiento, Afrontamiento dirigido a lo positivo, Pensamiento mágico, Distanciamiento, Afrontamiento dirigido al problema y Revaloración positiva — además de proporcionar un puntaje global. La prueba permite clasificar las puntuaciones en tres niveles — alto, medio y bajo — tanto para los factores como para el puntaje global, lo que facilita su interpretación.

A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada factor y para el puntaje global; los resultados se analizan de manera general y por sexo.

Flexibilidad de afrontamiento.

La figura 4 muestra la distribución de las respuestas en los rangos para el factor de flexibilidad de afrontamiento, como se ve, más de la mitad de la muestra obtiene puntuaciones en un nivel medio en este factor, mientras una tercera parte lo hace en el nivel alto.

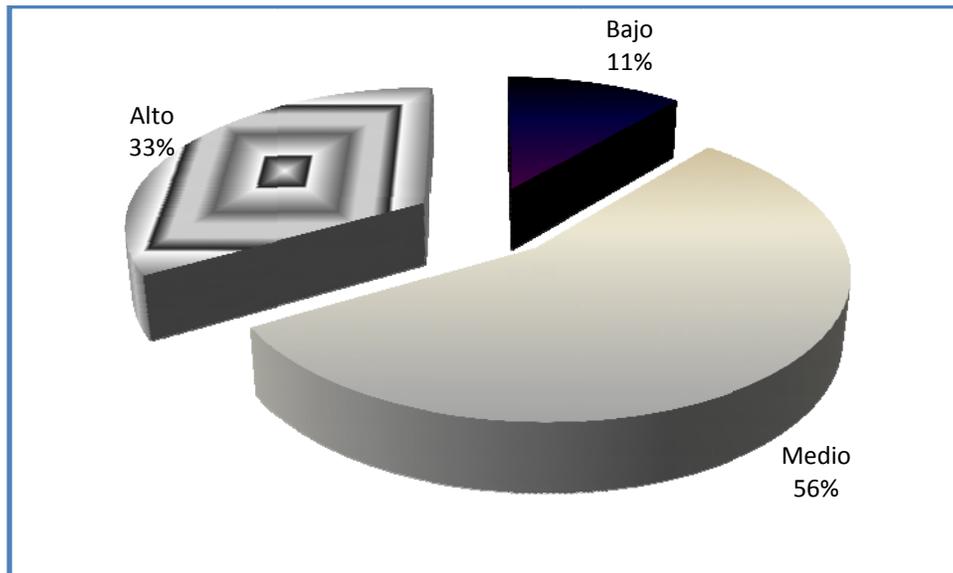


Figura 4. Distribución por rangos del factor flexibilidad de afrontamiento

Al analizarlos por sexo se puede ver que los hombres se distribuyen de igual manera en los rangos de medio y alto, mientras casi dos terceras partes de las mujeres se sitúan en el rango medio y una cuarta parte lo hace en el rango alto (Tabla 1).

Tabla 1 Flexibilidad de afrontamiento		
Rango	Porcentaje por sexo	
	Masculino	Femenino
Bajo	9%	12.5%
Medio	45.5%	62.5%
Alto	45.5%	25%

Afrontamiento dirigido a lo positivo.

Un poco más de tres cuartas partes de la muestra (78%) se agrupan en el nivel medio para el factor de afrontamiento dirigido a lo positivo, los restantes lo hacen en el rango alto (15%) y en menor medida en el bajo (7%) (Figura 5).

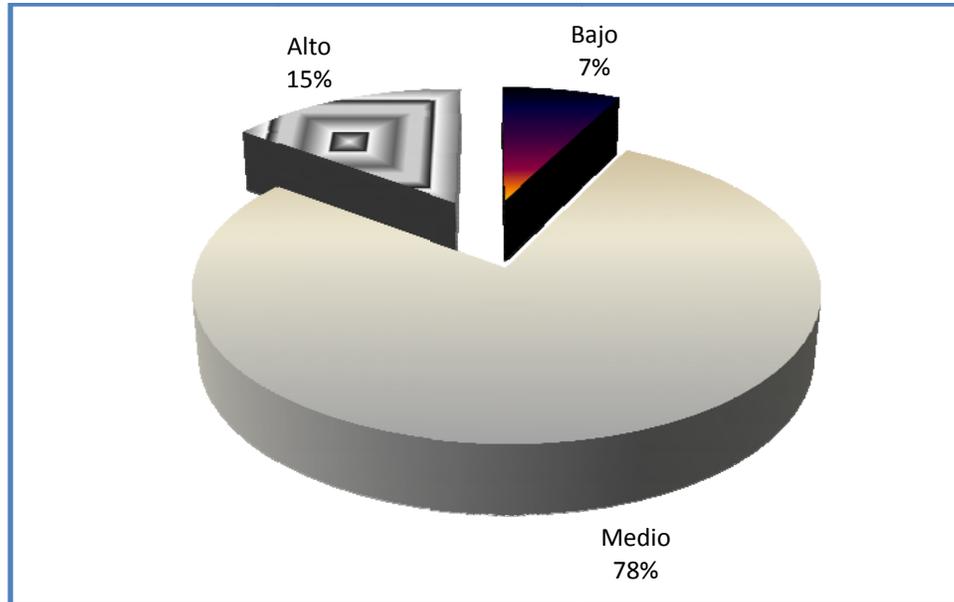


Figura 5. Distribución por rangos del factor afrontamiento dirigido a lo positivo

En un análisis por sexo se puede ver que el mayor porcentaje para ambos sexos se encuentra en el rango medio, sin embargo, la cuarta parte de las mujeres obtienen puntuaciones altas dentro del factor, mientras ninguno de los hombres lo hace (Tabla 2).

Rango	Porcentaje por sexo	
	Masculino	Femenino
Bajo	9.1%	6.2%
Medio	90.9%	68.8%
Alto	0%	25%

Pensamiento mágico.

En el factor de pensamiento mágico casi tres cuartas partes de la muestra (74%) se agrupan en el rango medio, mientras un poco más de la quinta parte lo hace en el rango bajo (Figura 6).

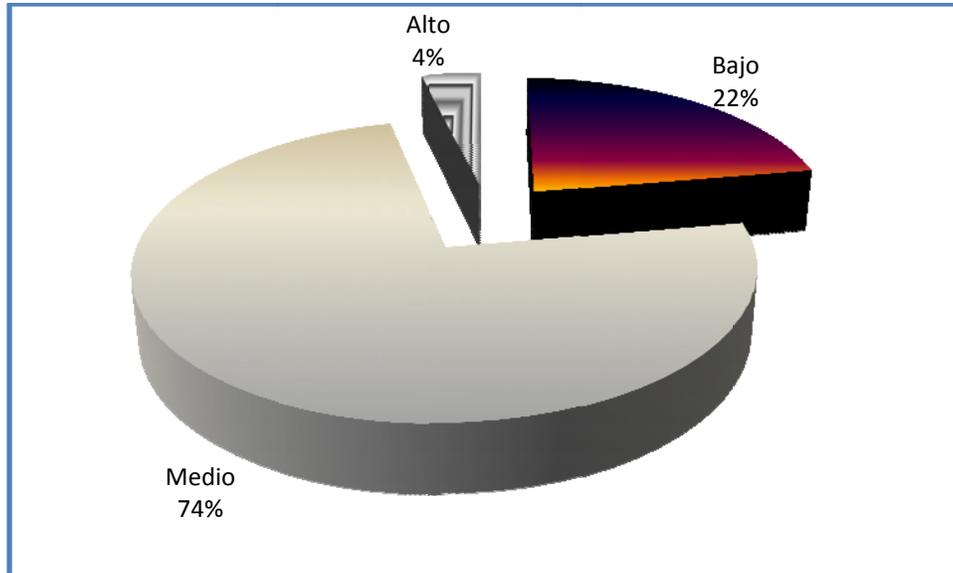


Figura 6. Distribución por rangos del factor pensamiento mágico

En el análisis por sexo se puede apreciar que la distribución para ambos es muy similar, casi tres cuartas partes al interior de las categorías se agrupan en el rango medio, mientras un porcentaje más bajo lo hace en el rango bajo (27% hombres y 19% mujeres), sólo una mujer (6%) se ubicó en el rango alto en este factor (Tabla 3).

Rango	Porcentaje por sexo	
	Masculino	Femenino
Bajo	27.3%	18.8%
Medio	72.7%	75%
Alto	0%	6.2%

Distanciamiento.

Más de la mitad de la muestra (56%) se agrupa en el rango medio para el modo de afrontamiento de distanciamiento, mientras los restantes (44%) lo hacen el rango bajo (Ver figura 7).

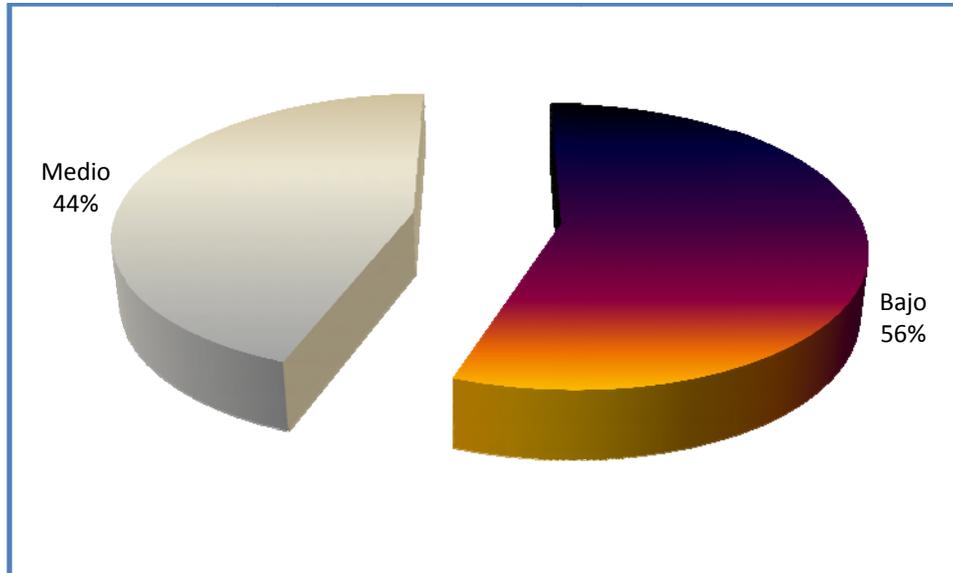


Figura 7. Distribución por rangos del factor distanciamiento

Con respecto a la distribución por sexo más de dos terceras partes de las mujeres se agrupan el rango bajo mientras sólo una tercera parte de los hombres se encuentra en este intervalo. Por el contrario casi dos terceras partes de los hombres se agrupan en el rango medio mientras en este intervalo sólo se encuentran un poco menos de la tercera parte de las mujeres (Tabla 4).

Rango	Porcentaje por sexo	
	Masculino	Femenino
Bajo	36.4%	68.8%
Medio	63.6%	31.2%
Alto	0%	0%

Afrontamiento dirigido al problema.

Un poco más de la mitad (52%) de la muestra se agrupa en el rango medio en el factor afrontamiento dirigido al problema, mientras que más de dos quintas partes lo hacen en el rango alto (44%), un porcentaje reducido (4%) presenta niveles bajos en este factor (Ver figura 8).

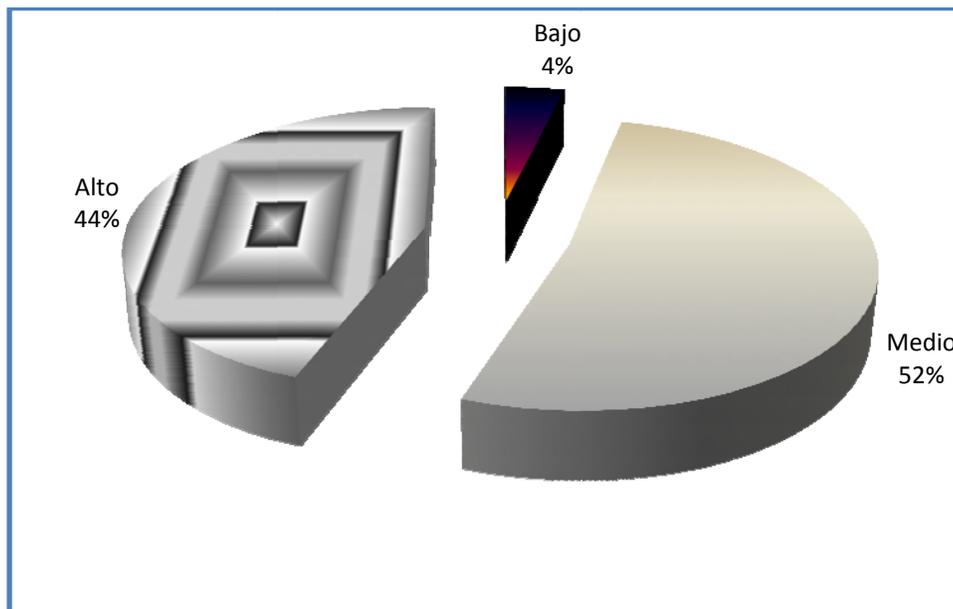


Figura 8. Distribución por rangos del factor afrontamiento dirigido al problema

Los hombres se distribuyen de manera equitativa en los rangos de medio y alto (45.5% respectivamente), mientras un porcentaje de mujeres ligeramente mayor (56%) se agrupa en el rango medio, con respecto a las que se clasificaron en un rango alto (44%) (Tabla 5).

Rango	Porcentaje por sexo	
	Masculino	Femenino
Bajo	9%	0%
Medio	45.5%	56.3%
Alto	45.5%	43.7%

Revaloración positiva.

Para el factor de revaloración positiva se puede ver que más de la mitad de la muestra se clasificaron en un rango medio, un poco más de la tercera parte (37%) lo hizo en el rango alto, mientras los restantes (7%) en el rango bajo (ver figura 9).

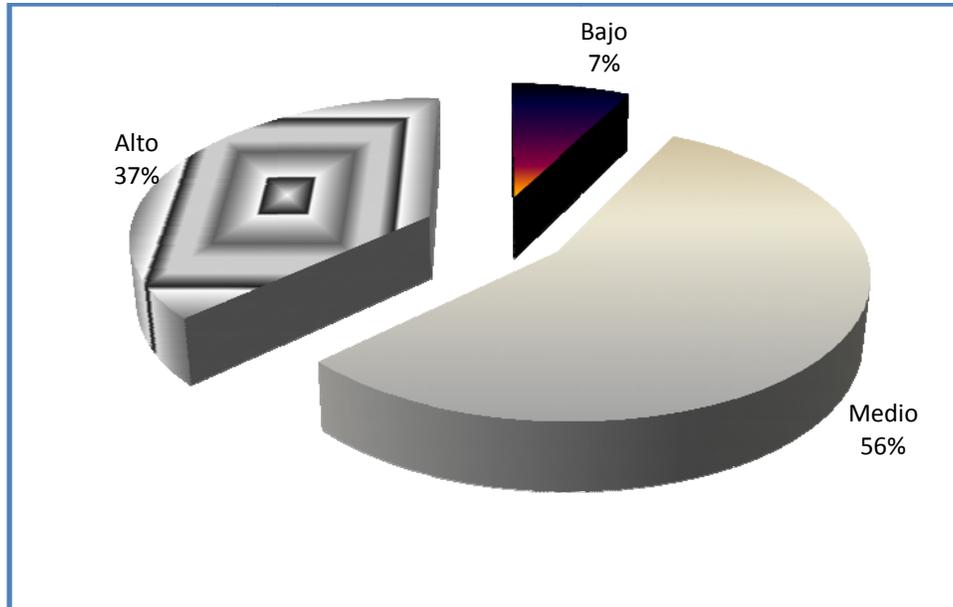


Figura 9. Distribución por rangos del factor revaloración positiva

En el análisis por sexo se puede ver que un poco menos de la quinta parte de los hombres (18%) se clasificó en el rango bajo, mientras no lo hizo ninguna mujer, en el rango medio encontramos más de la mitad tanto de hombres como de mujeres (55% y 56% respectivamente), en el rango alto la proporción de mujeres es mayor (44%) con respecto a la de hombres (27%) (Tabla 6).

Rango	Porcentaje por sexo	
	Masculino	Femenino
Bajo	18.2%	0%
Medio	54.5%	56.2%
Alto	27.3%	43.8%

Afrontamiento global

En cuanto al resultado global del cuestionario, se puede ver que más de cuatro quintas partes de la muestra (82%) se clasificó en un nivel medio, la quinta parte restante se distribuyó entre los rangos alto (11%) y bajo (7%) (Ver figura 10).

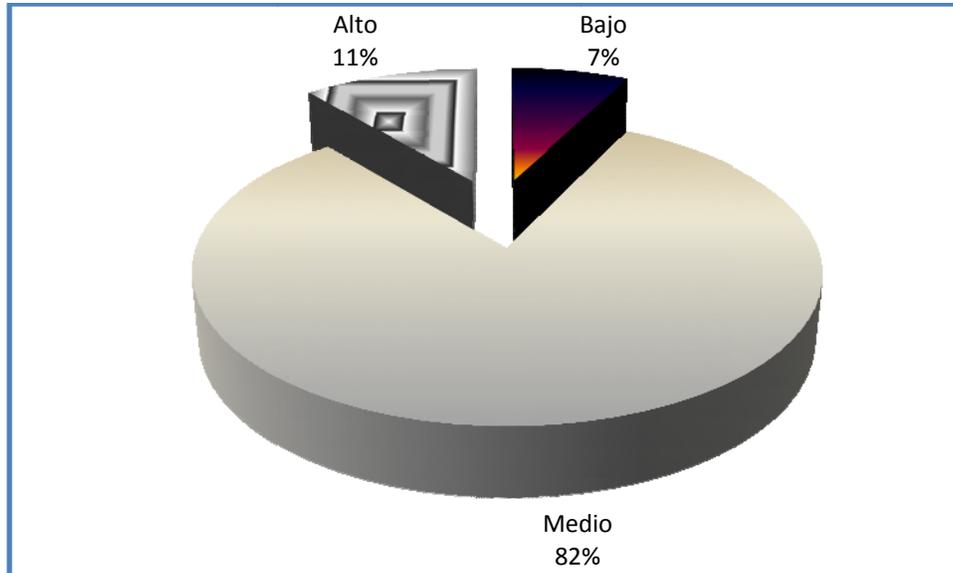


Figura 10: Distribución por rangos de la escala global del cuestionario

En cuanto a la distribución por sexos se puede ver que más de cuatro quintas partes de la mujeres se clasificó en el rango medio (87.5%) mientras que la proporción de hombres para el rango fue menor (73%) (Tabla 7).

Tabla 7 Afrontamiento Global		
Rango	Porcentaje por sexo	
	Masculino	Femenino
Bajo	9.1%	6.3%
Medio	72.7%	87.5%
Alto	18.2%	6.3%

5.4. *Relación entre ansiedad estado y estilos de afrontamiento*

Para conocer la relación existente entre la ansiedad rasgo y los diferentes modos de afrontamiento se analizó mediante una correlación por rangos de Spearman los puntajes obtenidos en el apartado del IDARE y los diferentes factores y la escala global del Cuestionario Modos de Afrontamiento. Los valores de la correlación se presentan en la tabla 8.

Tabla 8	
Valores de correlación	
Correlación	Valor
Ansiedad rasgo – Flexibilidad de afrontamiento	.210
Ansiedad rasgo – Afrontamiento dirigido a lo positivo	.072
Ansiedad rasgo – Pensamiento mágico	.418
Ansiedad rasgo – Distanciamiento	-.029
Ansiedad rasgo – Afrontamiento dirigido al problema	-.050
Ansiedad rasgo – Revaloración positiva	.140
Ansiedad rasgo – Afrontamiento global	.190

Como puede verse la relación entre la ansiedad rasgo y los diferentes modos de afrontamiento es muy baja, de igual manera con la escala global, esto a excepción del estilo de afrontamiento de pensamiento mágico que muestra una correlación directamente proporcional y de magnitud baja (.418) con la escala de ansiedad estado.

Se realizó análisis descriptivo entre los modos de afrontamiento resultando que del total de la muestra, los porcentajes se distribuyen de forma elevada en el rango medio de cada categoría (Figura 9). Resalta que poco más de la mitad de la población se distribuye en el rango bajo del Distanciamiento (Tabla 9).

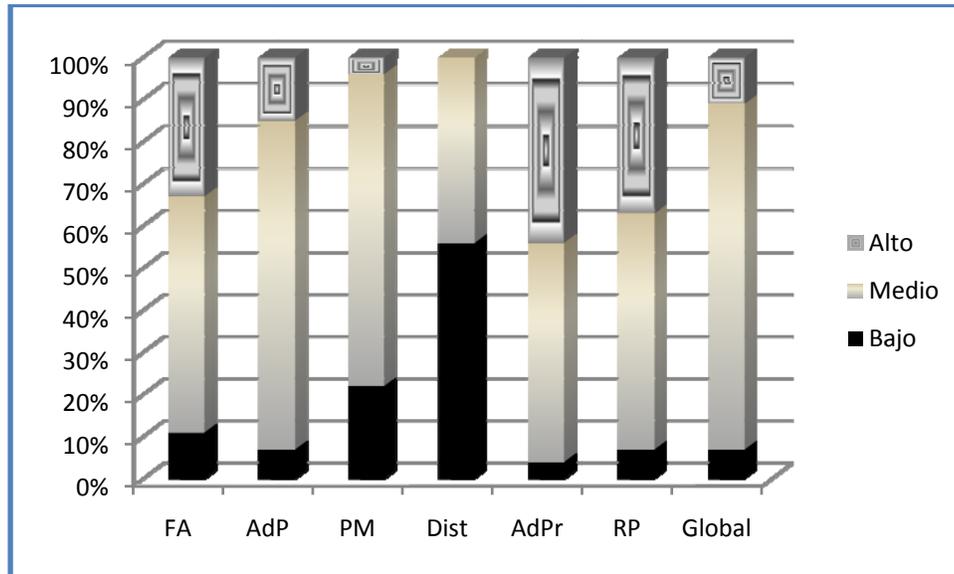


Figura 9. Distribución por rangos de la muestra en los modos de afrontamiento.

Tabla 9

Distribución por rangos de la muestra en los modos de afrontamiento			
	Bajo	Medio	Alto
Flexibilidad de afrontamiento (FA)	11%	56%	33%
Afrontamiento dirigido a lo positivo (AdP)	7%	78%	15%
Pensamiento mágico (PM)	22%	74%	4%
Distanciamiento (Dist)	56%	44%	0%
Afrontamiento dirigido al problema (AdPr)	4%	52%	44%
Revaloración Positiva (RP)	7%	56%	37%
Afrontamiento Global (Global)	7%	82%	11%

De igual forma se realizó la comparación entre los modos de afrontamiento por sexo (Figuras 10 y 11).

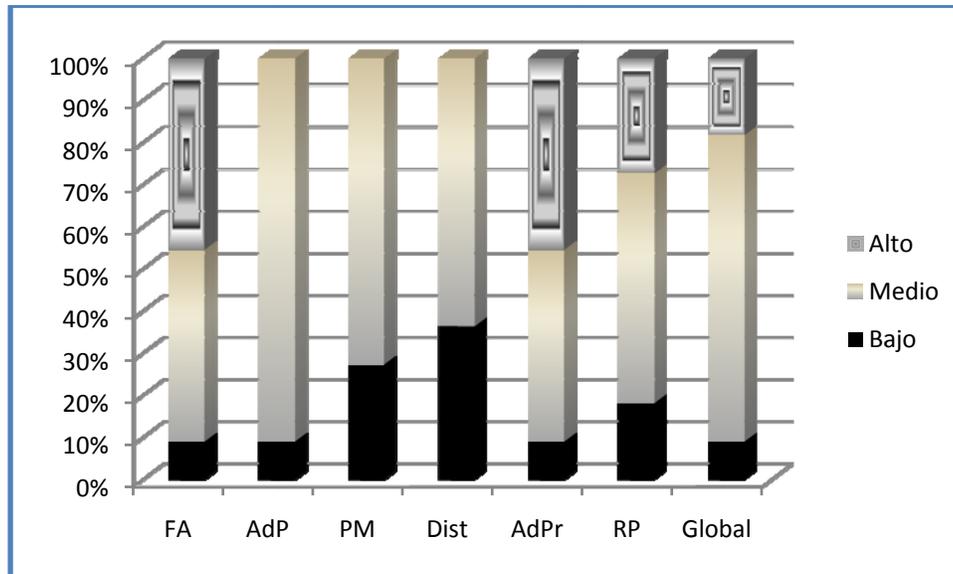


Figura 10. Comparación entre modos de afrontamiento en Hombres

	Bajo	Medio	Alto
Flexibilidad de afrontamiento (FA)	9%	45.5%	45.5%
Afrontamiento dirigido a lo positivo (AdP)	9.1%	90.9%	0%
Pensamiento mágico (PM)	27.3%	72.7%	0%
Distanciamiento (Dist)	36.4%	63.6%	0%
Afrontamiento dirigido al problema (AdPr)	9%	45.5%	45.5%
Revaloración Positiva (RP)	18.2%	54.5%	27.3%
Afrontamiento Global (Global)	9.1%	72.7%	18.2%

Cabe destacar que en los hombres de la muestra los Modos de afrontamiento Pensamiento mágico y Distanciamiento se encuentran con porcentajes elevados en el rango medio (PM 72.7% y Dist 63.6%) (Tabla 10).

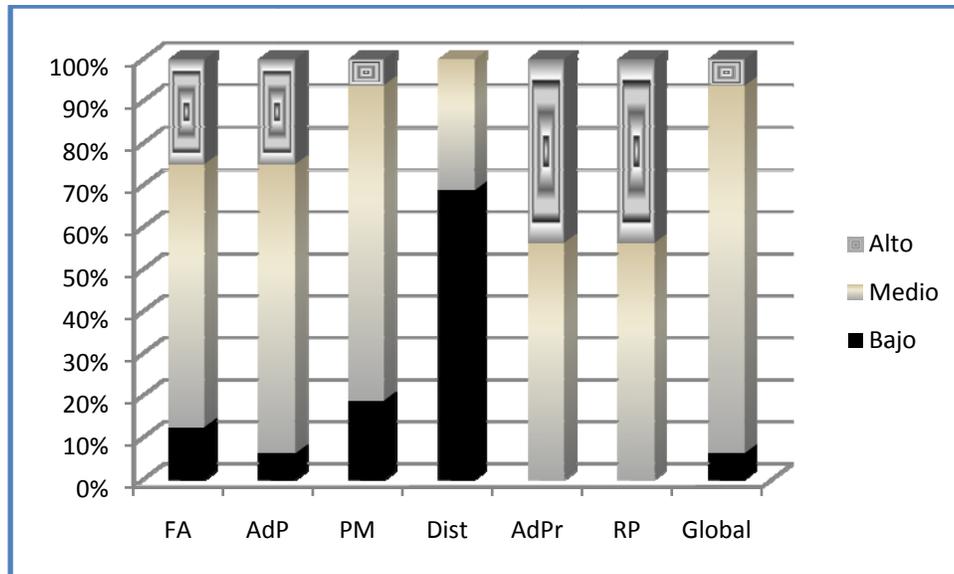


Figura 11. Comparación entre modos de afrontamiento en Mujeres

	Bajo	Medio	Alto
Flexibilidad de afrontamiento (FA)	12.5%	62.5%	25%
Afrontamiento dirigido a lo positivo (AdP)	6.2%	68.8%	25%
Pensamiento mágico (PM)	18.8%	75%	6.2%
Distanciamiento (Dist)	68.8%	31.2%	0%
Afrontamiento dirigido al problema (AdPr)	0%	56.3%	43.7%
Revaloración Positiva (RP)	0%	56.3%	43.7%
Afrontamiento Global (Global)	6.3%	87.4%	6.3%

Con respecto a las mujeres, es importante mencionar el alto porcentaje (75%) en el rango medio de Pensamiento mágico. Cabe señalar los bajos o nulos porcentajes en el rango bajo de Distanciamiento (68%), Afrontamiento dirigido al problema (0%) y Revaloración positiva (0%) (Tabla 11).

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Considerando los objetivos planteados para esta investigación que fueron Investigar si existe correlación entre ansiedad rasgo y modos de afrontamiento en médicos residentes de primer año en el H. G. Dr. Darío Fernández Fierro del ISSSTE; describir cuáles son los modos de afrontamiento utilizados por los médicos residentes y medir el nivel de ansiedad de los mismos, se realizó la aplicación de instrumentos que permitieran medir dichas variables.

La hipótesis planteada fue: Existe correlación significativa entre la ansiedad rasgo y los modos de afrontamiento en médicos residentes de primer año en el H. G. Dr. Darío Fernández Fierro del ISSSTE. Se rechaza la hipótesis ya que no se encontró una correlación significativa entre las variables. Esto significa que al menos en esta población, los niveles de ansiedad rasgo que presentan no tienen correlación directa con los modos afrontamiento utilizados.

Se partió de la literatura para plantear que los médicos residentes de primer año de la muestra presentarían elevados niveles de ansiedad rasgo. Ya que Florez (1994) indica que la profesión de médico genera altos niveles de ansiedad, para verificar esta premisa, se utilizó el análisis de los resultados obtenidos en el test IDARE: dichos resultados arrojaron que los niveles de ansiedad del total de la muestra se encuentran en el rango bajo, de tal forma que se rechaza esta aseveración. Esto puede deberse a que, al momento de la aplicación, la población

no se encontraba en labores, además de haber acreditado el examen de admisión a la residencia, evento sumamente estresante, por otro lado, debido a que los instrumentos fueron parte de la batería para admisión del personal, los sujetos pudieron dar respuestas socialmente aceptables.

Se utilizó el perfil que maneja Florez (1994) adhiriendo el afrontamiento como lo conciben Lazarus y Folkman (1984) donde expresan lo indispensable del afrontamiento para adaptarse al medio. Donde los modos de afrontamiento dirigidos al problema pueden pensarse como de mayor grado adaptativo. Se encontró que la muestra está dirigida preferentemente al problema ya que los modos de afrontamiento de mayor uso son Afrontamiento dirigido al problema y Revaloración positiva.

Acorde con la literatura, se puede esperar lo planteado anteriormente, es decir, que los modos de afrontamiento flexibilidad de afrontamiento, revaloración positiva y afrontamiento dirigido al problema, dieran resultados elevados en la medición de los mismos, al contrario de distanciamiento, afrontamiento dirigido a lo positivo y pensamiento mágico que son en menor grado adaptativos a largo plazo.

Lo anterior es deseado por ser los primeros tres, modos de afrontamiento que se encuadran en el estilo Dirigido al problema y los siguientes en el estilo Dirigido a la emoción que, como ya se revisó anteriormente en Lazarus y Folkman (1984), López-Valverde y cols. (2001) y Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora (2003),

el estilo dirigido a la emoción se relaciona con modos de evitación y por ende, de menor grado de adaptación a largo plazo.

Por el contrario, aquellos modos de afrontamiento dirigidos al problema, tienden a un mayor grado de madurez personal y de adaptación para la solución de problemas.

Los resultados no difieren en gran medida de lo planteado anteriormente ya que la Flexibilidad de afrontamiento es un modo utilizado por el 33% de la muestra en forma elevada, lo cual significa que al menos la tercera parte cuenta con toma de decisiones de alta calidad y adaptabilidad.

Por su parte, el Afrontamiento dirigido al problema es utilizado preferentemente por el 44% de la muestra, lo que conlleva a conductas que van dirigidas a confrontar activamente las situaciones teniendo efectos positivos en el bienestar de los individuos.

En cuanto a la revaloración positiva, el 37% de la muestra utiliza habitualmente este modo de afrontamiento para crear resultados positivos en el crecimiento personal teniendo una visión positiva hacia el problema.

Cabe mencionar que existe diferencia entre hombres y mujeres en la combinación de modos de afrontamiento utilizada. El afrontamiento en mujeres indica que quienes utilizan estrategias dirigidas al problema se da en combinación el

Afrontamiento dirigido al problema y la Revaloración positiva, esto indicaría que tratan de atacar directamente al problema buscando obtener aprendizaje de cada situación, esto se ve matizado por un cierto componente emocional.

En el caso de los hombres, utilizan la Flexibilidad de afrontamiento y el Afrontamiento dirigido al problema, esto indicaría que los hombres tratan de igual forma que las mujeres, centrar sus esfuerzos en la solución del problema pero tratando de tomar las decisiones adecuadas para de esta forma poder estar mejor adaptados al medio.

Con respecto a los modos de afrontamiento de menor grado adaptativo, sería deseable que la mayoría de la población cayera en el rango bajo.

Lo encontrado en el presente estudio indica que el componente emocional de la muestra si bien no se encuentra en grados elevados, si podría influir en el adecuado ejercicio de la profesión.

Lo anterior se deduce ya que en el modo de afrontamiento pensamiento mágico, se encuentra en 74% en rango medio, esto puede representar de acuerdo con Sotelo (2000) que los médicos generan fantasías ya sea involuntarias o conscientes para solucionar el problema sin tener participación activa.

El afrontamiento dirigido a lo positivo se distribuye en el rango normal con el 78% donde se interpreta que el optimismo con respecto a sí mismo no se sobreestima, cayendo únicamente el 15% de la población en el rango alto.

Con respecto al Distanciamiento, el 44% se encuentra en el rango medio, esto podría interferir con la adecuada toma de decisiones o la calidad de las relaciones médico - paciente, médico - subordinados y médico - autoridades como lo plantea Pérez (1973).

Tanto mujeres como hombres se distribuyen con porcentajes elevados en los modos de afrontamiento Pensamiento mágico (75% y 72.7%) y Afrontamiento dirigido a lo positivo (68.8% y 90.9%) en el rango normal, lo cual puede indicar que generan fantasías de la resolución del problema a partir de la percepción positiva de sí mismos y de las propias capacidades, el problema radicaría en que este proceso se lleva a cabo sin tener participación activa en la solución de dicho problema. La diferencia radica en que los hombres pudieran valorar en mayor grado sus capacidades y aptitudes.

En los hombres se ve un aumento en el Distanciamiento, donde el 63.6% de la muestra cae en el rango normal, si añadimos este componente a lo anterior, se podría deducir que los hombres evitan con mayor frecuencia el problema, quizá como modo de enfrentar la frustración que genera la difícil solución del mismo.

Sotelo (2000) propone en concordancia con Lazarus y Folkman (1984) que en la población de estudiantes, los hombres utilizan en mayor medida el estilo de afrontamiento dirigido al problema, el cual es considerado un afrontamiento activo;

mientras que las mujeres utilizan el estilo de afrontamiento dirigido a la emoción en mayor medida.

Comparando lo anterior con la muestra, se puede diferir de cierta forma y con reservas, ya que las mujeres presentan niveles elevados en las tres escalas que comprenden el estilo de afrontamiento dirigido al problema, aunque no en un grado significativamente diferente con respecto a los hombres.

Por lo anteriormente descrito, se concluye que en general, la muestra presenta rasgos deseados acordes con la profesión que desempeñan donde prevalecen los modos de afrontamiento dirigidos al problema. Siguiendo a Popp (2008) y Blandin y Martínez (2005), el manejo de estrategias dirigidas al problema desemboca en bajos niveles de burnout, en contraposición, acorde con Arias (1998), las dificultades en el manejo emocional del estrés, afecta la atención médica al paciente o, según Aguilar-López, Rovelo-Bustillo, Padgett y Reyes-Ticas (2001), el uso del distanciamiento como estrategia de afrontamiento se relaciona con el diagnóstico de ansiedad generalizada en médicos.

En conclusión, de acuerdo con la forma en cómo afrontan los médicos de la muestra, su desempeño en la profesión será adecuado, aunque existen índices que pueden desembocar en conductas de menor grado adaptativo como el distanciamiento en la relación con los pacientes, disminución en la calidad del servicio o relaciones interpersonales superficiales, esto de acuerdo con Pérez (1973 cit. en Cantú-Garza, 1973). Es de prestar atención a estas conductas ya que

puede desembocar en inadecuada toma de decisiones, que en el caso de la población que atañe a esta investigación, puede ser mortal.

Limitaciones y sugerencias

Las limitaciones que se encontraron en la presente investigación fueron que al ser aplicadas las pruebas como parte de un proceso de selección, los sujetos que conformaron la muestra pudieron no haber respondido de forma espontánea, es decir, dando respuestas de deseabilidad social, además de las limitantes temporales en donde no se pudo reunir a la muestra completa en el mismo espacio tiempo debido a que algunos de ellos no habitan en el Distrito Federal, dando como resultado distanciamiento entre aplicaciones.

Por otro lado, la muestra se tomó del total de los candidatos a ingresar a la residencia médica, contando esta con un reducido número de aspirantes. Sería interesante contar con una muestra de al menos 100 candidatos a nivel distrital.

Lo anterior puede influir en las medidas de la variable ansiedad rasgo, debido a que en la muestra sus resultados fueron homogéneos, con la elevación en el tamaño de la muestra pueda contarse con una mayor posibilidad de diferencias significativas en esta variable.

Otro punto de interés sería medir tanto la ansiedad como los modos de afrontamiento de dicha población en el transcurso de la residencia médica, dando como resultado un análisis de la tendencia o del desarrollo de las variables.

Debido a lo plasmado en la discusión con respecto a las conductas de evitación, se sugiere llevar a cabo programas de entrenamiento en el manejo de emociones en la población de médicos residentes, ya que esto disminuirá el riesgo de presentar dichas conductas, además de ampliar el repertorio conductual en cuestión del afrontamiento y, de esta forma, evitar la presentación de patologías como depresión y burnout.

REFERENCIAS

- ✓ Aguilar-López, Roveló-Bustillo, Padgett y Reyes-Ticas. (Enero – Abril 2001). Evaluación de salud mental en los médicos residentes de los post-gradados de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el año 2000. 6 (1).
- ✓ Arenas, O. (2006). Estrés en médicos residentes en una Unidad de Atención Médica de tercer nivel. *Cir Gen* 2006; 28 (2): 103-109
- ✓ Arias, J. (1998). Modos de afrontamiento al estrés en residentes de medicina. *Revista médica heredia*, 9(2), 63-8.
- ✓ Arjona, A. J. y Guerrero, M. S. (2001). Un estudio sobre los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con La variable adaptación. Recuperado el 10 de agosto de 2009 de <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5Cpsicologiapdf-182-un-estudio-sobre-los-estilos-y-las-estrategias-de-afrontamiento-y-su-relacion-co.pdf>
- ✓ Arrindell, W., Pickersgill, M., Merckelbach, H., Ardon, M. y Cornet, F. (1991). Phobic dimensions: III. Factor analytic approaches to the study of common phobic fears: An updated review of findings obtained with adult subjects. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 73-130.
- ✓ Becerra, V. (2008). Relación entre Síndrome de Burnout, ansiedad y depresión en los médicos adscritos y residentes de las unidades de cuidados críticos del Área Metropolitana del I.S.S.S.T.E. Tesis de Maestría. Facultad de Medicina. UNAM.

- ✓ Betancourt, M., Rodríguez, C., Vallecillo, I., y Sánchez, L. (Septiembre – Octubre 2008). Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización médica con riesgo alto de estrés. *Psiquiatría biológica*. 15 (5). 147 – 152.
- ✓ Billings, A.B. y Moos, R.H. (1981). Social support and functioning among community and clinical groups: *A panel model*, *Journal of Behavioral Medicine*, 5, (3), 295-311.
- ✓ Blandin, J. y Martínez, D. (Junio 2005). Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*. 51 (104). 12-15.
- ✓ Brouette, T y Goddard, A. (2001). Patogenia del trastorno de ansiedad generalizada. Barcelona: Ars Médica
- ✓ Buendía, J. (1993). Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo: un estudio sobre el estrés infantil. España: Universidad de Murcia.
- ✓ Cantú-Garza, F. T. (1973). Psicología de la relación médico - paciente. México: Secretaría de Marina.
- ✓ Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 2003. Vol. 15, nº 3, pp. 420-426. de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1082>
- ✓ O.M.S. (1996). CIE10 trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor

- ✓ Endler, N. (1997). Stress, anxiety and coping: The multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, 38, 136-153.
- ✓ Endler, N. y Kocovski, N. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 231-245.
- ✓ Eysenck, M. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- ✓ Fernández-Abascal, E., Jiménez, M. y Martín, M. (2003). Emoción y motivación: La adaptación humana. Centro de estudios Ramón Areces. España. Vol. 1
- ✓ Fernández-Abascal, E., Jiménez, M. y Martín, M. (2003). Emoción y motivación: La adaptación humana. Centro de estudios Ramón Areces. España. Vol. 2
- ✓ Flórez Lozano (1994), Síndrome de “Estar Quemado”, Barcelona: Edika Med.
- ✓ Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- ✓ Klein, D. (1993). Panic disorder with agoraphobia. *British journal of psychiatry*, 163, 835-837.
- ✓ Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- ✓ Lazarus, R. y S. Folkman (1991): Estrés y procesos cognitivos. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Edit. Martínez Roca. Barcelona.
- ✓ Loría, J. y Guzmán, L. (2006). Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de México. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Regional 25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2006, 5(3)
- ✓ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (2003). México: Panamericana
- ✓ Mathews, A. y McLeod, C. (2002). Induced processing biases have causal effects on anxiety. *Cognition and Emotion*, 16, 331-354.
- ✓ Nesse, R. (1987). An evolutionary perspective on panic disorder and agoraphobia. *Ethology and sociobiology*, 8 (Suppl. 3), 73-83.
- ✓ Popp, M. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*, enero - julio. 2008, 25(1), 5-27.
- ✓ Puchol, D. (2003). Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI. *29 de septiembre de 2003*. Recuperado el 21 de mayo de 2009 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-110-1-los-trastornos-de-ansiedad-la-epidemia-silenciosa-del-siglo-.html>
- ✓ Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behavior Research and Therapy*, 15, 375-389.

- ✓ Sanzovo, C. y Coelho, M. (2007, Abril - Junio). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudios de psicología*. 24 (2). 227 – 238. Recuperado el 5 de agosto, 2009 de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epc/v24n2/v24n2a09.pdf>
- ✓ Scomazzon, A. A., Dalbosco, D. D. y Ruschel, B. D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* (3) (2) 273-294. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- ✓ Seller, M. F. (1989). Assessing coping strategies. A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*; 56, 267, 83.
- ✓ Selye, H. (1976). *The stress of life, Revised Edition*. New York: McGraw-Hill.
- ✓ Sotelo, A. C. (2000), Traducción y estandarización del Cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos. Tesis de licenciatura. UNAM.
- ✓ Spielberger, C.D. (1985). Anxiety, cognition and affect: A state-trait perspective. In A.H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 171-182). Hillsdale, NJ: LEA.
- ✓ Spielberger, C., Martínez-Urrutia, A., González-Reigosa, F., Natalicio, L y Díaz-Guerrero, R. (1975) *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. México: Manual Moderno.
- ✓ Stein, D. y Hollander, E. (2001). *tratado de los trastornos de ansiedad*. México: Ars Médica

- ✓ Tallis, F., Eysenck, M. y Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nopathological worry. *Personality and individual differences*, 13, 161-168.

- ✓ Ursin, H. (1980). *Coping and health*. New York: Nato Scientific Affairs Division.

- ✓ Valderrama, Carbellido y Domínguez. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista latinoamericana de psicología*. 27 (1). 73 – 86.

- ✓ Vallejo, R; y Gastó, F. (1990) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat.

Anexo 1

Escala de Ansiedad Rasgo IDARE

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo	①	②	③	④
33. Me siento seguro	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	①	②	③	④



Anexo 2

INVENTARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO

Instrucciones: Lea por favor cada una de las oraciones que se indican a continuación y tache el número que mejor describa la forma en que se enfrenta a sus conflictos.

Utilice la siguiente escala para seleccionar su respuesta:

0 = No, de ninguna manera.

1 = En alguna medida.

2 = Generalmente, usualmente.

3 = Siempre, en gran medida.

1	Me concentré en lo que tenía que hacer a continuación.	0	1	2	3
2	Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3	Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4	Pensé que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5	Me propuse obtener algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6	Hice cualquier cosa y pensé que al menos no me quedaba sin hacer nada.	0	1	2	3
7	Intenté encontrar al responsable.	0	1	2	3
8	Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9	Me critiqué a mí mismo.	0	1	2	3
10	No agoté mis posibilidades de solución en un mismo instante sino que dejé alguna otra alternativa abierta.	0	1	2	3
11	Esperé que ocurriera un milagro.	0	1	2	3
12	Seguí adelante con mi destino, simplemente algunas veces tengo mala suerte.	0	1	2	3

13	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14	Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15	Busqué un poco de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16	Dormí más de lo que acostumbro.	0	1	2	3
17	Expresé mi enojo a la persona que creí responsable del problema.	0	1	2	3
18	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19	Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir mejor.	0	1	2	3
20	Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21	Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
22	Busqué ayuda profesional.	0	1	2	3
23	Maduré como persona.	0	1	2	3
24	Esperé a ver lo que sucedía antes de hacer algo.	0	1	2	3
25	Me disculpé o hice algo para compensar.	0	1	2	3
26	Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27	Acepté una segunda posibilidad mejor, después de la que yo quería.	0	1	2	3
28	De alguna forma expresé mis sentimientos.	0	1	2	3
29	Me dí cuenta de que yo era la causa del problema.	0	1	2	3
30	Salí mejor de la situación de cómo la empecé.	0	1	2	3
31	Hablé con alguien que podía hacer algo para solucionar mi problema.	0	1	2	3
32	Me alejé del problema por un tiempo, intenté descansar o distraerme.	0	1	2	3
33	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando o tomando medicamentos.	0	1	2	3
34	Tomé una decisión importante.	0	1	2	3
35	Intenté no actuar demasiado aprisa o dejarme llevar por el primer impulso.	0	1	2	3
36	Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3

37	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38	Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39	Hice cambios para que las cosas salieran mejor.	0	1	2	3
40	Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3
41	No permití que el problema me venciera, evitaba pensar en él durante mucho tiempo.	0	1	2	3
42	Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1	2	3
43	Oculté a los demás lo mal que me iba.	0	1	2	3
44	No tomé en serio la situación.	0	1	2	3
45	Le platiqué a alguien como me sentía.	0	1	2	3
46	Me mantuve firme y luché por lo que quería.	0	1	2	3
47	Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48	Recurrí a experiencias pasadas, ya que antes me había encontrado en una situación similar.	0	1	2	3
49	Sabía lo que tenía que hacer y redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
50	Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3
51	Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52	Propuse un par de situaciones distintas al problema.	0	1	2	3
53	Acepté la situación, pues no podía hacer nada más al respecto.	0	1	2	3
54	Intenté que mis sentimientos por el problema no interfirieran demasiado.	0	1	2	3
55	Deseaba poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía.	0	1	2	3
56	Cambie algo de mí.	0	1	2	3
57	Soñé o imaginé otro tiempo u otro lugar mejor que en el que estaba.	0	1	2	3
58	Deseaba que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	0	1	2	3
59	Tuve fantasías e imagine el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3

60	Recé.	0	1	2	3
61	Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62	Repasé lentamente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63	Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.	0	1	2	3
64	Intenté ver las cosas desde el punto de vista de otras personas.	0	1	2	3
65	Hice ejercicio.	0	1	2	3
66	Intenté algo distinto a todo lo anterior. Descríbalo.	0	1	2	3